



**HAL**  
open science

# La parentalité de personnes en situation de handicap : construction de l'identité parentale sous l'influence des représentations sociales

Justine Rieu

► **To cite this version:**

Justine Rieu. La parentalité de personnes en situation de handicap : construction de l'identité parentale sous l'influence des représentations sociales. Sociologie. 2022. dumas-03888622

**HAL Id: dumas-03888622**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03888622>**

Submitted on 7 Dec 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright



UNIVERSITÉ PAUL-VALÉRY MONTPELLIER 3



ARTS, LETTRES, LANGUES, SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

UFR 5 – SCIENCES DU SUJET ET DE LA SOCIÉTÉ

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

# **LA PARENTALITÉ DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP**

## **Construction de l'identité parentale sous l'influence des représentations sociales**

Mémoire présenté par

Justine RIEU

en vue de l'obtention du diplôme de MASTER en Sociologie

Domaine : Sciences Humaines et Sociales

Parcours : Santé, Territoires, Environnement

Préparé sous la direction de M. Éric GONDARD

Maître de conférences en Sociologie

Mai 2022

## *Dédicace et remerciement*

En premier lieu, je remercie M.Gondard, mon directeur de mémoire, pour sa supervision aux différentes étapes de ma recherche, pour sa disponibilité et la clarté de ses attentes quant à l'écrit. Je tiens à le remercier par avance pour sa lecture et ses remarques sur mon travail.

Je désire aussi remercier l'établissement qui m'a ouvert ses portes pour un stage, je remercie tout particulièrement Luc, Floriane, Priscilla, Geneviève, Juliette et Roman, qui m'ont permis d'observer leur travail et m'ont accordé du temps. Je tiens à montrer ma gratitude à tous les parents qui m'ont offert leur temps et leur histoire.

Je souhaite aussi remercier Maxime pour m'avoir initié à la sociologie, grâce à qui j'ai trouvé un intérêt fort pour cette discipline et la recherche dans ce domaine. Un grand merci pour ses relectures ainsi que pour ses conseils avisés.

Aussi, je remercie vivement Marion pour sa bienveillance dans la relecture de mon dossier, pour son regard nouveau sur mon travail, ainsi que pour son soutien.

## Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>2</b>
<b>Chapitre 1 : L'alliance de la parentalité et du handicap : une revue de la littérature de ces différents concepts</b>	<b>4</b>
<i>I. Le concept de famille, au gré de ses modifications</i>	<i>4</i>
A. Modification des formes familiales dans les sociétés occidentales	5
B. Émergence de nouvelles conceptions familiales	10
<i>II. Confrontation des représentations sociales du handicap avec la parentalité</i>	<i>16</i>
A. Handicap et représentations sociales	16
B. Parentalité de PSH et représentations sociales	23
<b>Chapitre 2 : Méthodes de recherche</b>	<b>30</b>
<i>I. Présentation du terrain de recherche : Le Dispositif de Soutien à la Parentalité</i>	<i>30</i>
A. Création du DSP	30
B. Équipe du DSP	31
C. Missions et objectifs du DSP	31
<i>II. Outils de recherche</i>	<i>32</i>
A. Observation	32
B. Les entretiens individuels	33
C. Les entretiens collectifs	36
<i>III. Limites et difficultés de la recherche</i>	<i>37</i>
<b>Chapitre 3 : L'influence des représentations sociales sur l'identité parentale</b>	<b>39</b>
<i>I. Identité parentale inexistante ou dégradée : conséquences d'un accompagnement influencé par les représentations négatives</i>	<i>39</i>
A. Entrave au projet de parentalité	39
B. Une parentalité surveillée	43
C. Parents en quête d'identité parentale	46
<i>II. Un nouvel accompagnement pour favoriser l'identité parentale</i>	<i>48</i>
A. Le placement bénéfique	48
B. Garde de l'enfant : sentiment de responsabilité parentale	51
<b>Conclusion</b>	<b>55</b>

## **Introduction**

« Tout être humain est né pour l'équité et la liberté »<sup>1</sup>, d'après le titre de chapitre d'un livre de Charles Gardou, anthropologue spécialiste des questions relatives au handicap. Seulement, la prise de conscience concernant les droits et les libertés des personnes en situation de handicap (PSH<sup>2</sup>) n'est apparue qu'à partir des années 1970, notamment grâce à l'émergence des Disability Studies. En effet, ce mouvement propulse les études sur le handicap, notamment dans les pays anglo-saxons, et ainsi construit les mouvements de luttes pour les droits des PSH. La première évolution du regard sur leurs droits, notable en France, apparaît avec la loi d'orientation du 30 juin 1975. Cependant, il faut attendre la loi Handicap de 2005, ainsi que l'adoption en 2006 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) rédigée par l'Organisation des Nations-Unies, pour voir apparaître les questions relatives à l'accès à autrui et à la sexualité, qui amène à se questionner aussi sur leur droit de fonder une famille, qui constitue pourtant le plus universel et le plus ancien groupe social. Auparavant, ces questions étaient omises et écartées, comme le précise Charles Gardou :

« Ils (les personnes en situation de handicap) se trouvent également privés du droit, à partir de l'âge nubile, de fonder une famille et de conserver leur fertilité, en bénéficiant éventuellement d'une aide appropriée dans l'exercice de leurs responsabilités parentales.»<sup>3</sup>

Cependant, malgré les promesses dans les lois, le défenseur des droits rédige, en 2020, un rapport d'appréciation de la mise en oeuvre de la CIDPH<sup>4</sup>, exposant que la sexualité et la parentalité restaient des sujets sensibles, et que l'on observait peu d'amélioration.

---

<sup>1</sup> Gardou, C. (2012). La société inclusive, parlons-en : Il n'y a pas de vie minuscule. Érès. p.19-20

<sup>2</sup> Ce sigle sera utilisé durant le reste de l'écrit.

<sup>3</sup> *Ibid.*, 121

<sup>4</sup> « Rapport : La mise en oeuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ». (2020). Défenseur des droits: [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-cidph-num-02.07.20\\_0.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-cidph-num-02.07.20_0.pdf)

La rencontre avec des éducateurs travaillant en foyer d'hébergement, lors d'une précédente étude (TES<sup>5</sup>), nous a donné l'occasion de vérifier que ces questions posent effectivement problème auprès des équipes éducatives, notamment en termes d'accompagnement auprès de mère désirant des enfants. Cette rencontre nous a poussés à nous questionner sur ce sujet. Pour mener notre recherche, nous avons intégré un nouveau dispositif de soutien à la parentalité, associé à un foyer d'hébergement, dans le dessein de comprendre comment se joue l'actuel accompagnement à destination de PSH qui désirent ou ont déjà fondé leur famille.

Par un travail de recherche théorique, présenté dans notre premier chapitre, nous avons tenté, dans une première partie, de définir les formes familiales actuelles et les nouvelles conceptions de la famille, en occident. Dans une seconde partie, nous avons défini les représentations sociales et expliqué quelles sont celles attribuées aux personnes en situation de handicap et ainsi celles qui pèsent sur les parents dans ces situations. Ces recherches nous ont amené à penser que les nouvelles conceptions de la famille ainsi que les représentations sociales négatives influencent l'éventuel accompagnement ou non-accompagnement au projet de parentalité de personne en situation de handicap. Nous nous sommes donc demandés quelles répercussions pouvaient avoir ces représentations sociales sur l'identité parentale. Pour répondre à cette interrogation, nous avons rencontré des parents en situation de handicap ainsi que des professionnels, nous expliquerons les modalités de notre méthode de recherche dans notre second chapitre. Enfin, nous apporterons des éléments de réponses à notre problématique dans un troisième et dernier chapitre.

---

<sup>5</sup> Travail d'Etude en Sociologie, afin de valider une licence en Sociologie.

# Chapitre 1 : L'alliance de la parentalité et du handicap : une revue de la littérature de ces différents concepts

## I. Le concept de famille, au gré de ses modifications

D'après Pierre Bourdieu<sup>6</sup>, la famille est la plus naturelle des catégories sociales. Elle est présente dans toutes les sociétés, et ce, sous des formes différentes. La famille est socialement construite par les normes tacites inculquées à tous, par un processus de socialisation. Ce processus est imposé par un premier réseau, appelé réseau primaire, constitué en premier lieu par la famille. Donc, la famille est aussi principe de construction de cette réalité sociale, c'est-à-dire que c'est par elle que se construisent les normes.

Tocqueville, dans ses travaux, observe que les changements familiaux aux Etats-Unis et en France étaient corrélés avec les révolutions sociales et politiques présentes dans ces pays, au XIXe siècle<sup>7</sup>. Dans leur ouvrage Catherine Cicchelli-Pugeault et Vincenzo Cicchelli, intitulé, *Les théories sociologiques de la famille*<sup>8</sup>, ils expliquent que plusieurs auteurs rejoignent la thèse d'une analogie entre famille et société. C'est le cas d'Auguste Comte<sup>9</sup> qui disait en ce sens qu'on ne peut pas étudier la vie familiale séparément de la vie sociale. Ainsi, pour Frédéric Le Play, c'est d'autant plus vrai car « la famille est l'image exacte de la société »<sup>10</sup>. Étant donné qu'il existe une multitude de formes sociétales différentes, les travaux en anthropologie, nous montrent qu'il n'existe pas de forme universelle de la famille<sup>11</sup>.

Les révolutions et transformations de la société en occident vont venir bousculer le système familial. Ainsi, dans une première partie, nous éclaircirons ces évolutions, en décrivant 3 modèles familiaux que nous avons sélectionnés : la « famille patriarcale », la « famille conjugale » et pour finir la « famille moderne deux ». Ensuite, nous expliquerons en quoi ces évolutions ont fait émerger de nouvelles places et de nouveaux rôles pour les membres de la

---

<sup>6</sup> Bourdieu, P. (1993). À propos de la famille comme catégorie réalisée. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 100(1), 32-36. <https://doi.org/10.3406/arss.1993.3070>

<sup>7</sup> Tocqueville, A. (1835-1840). *De la démocratie en Amérique*, Flammarion.

<sup>8</sup> Cicchelli-Pugeault, C., & Cicchelli, V. (1998). *Les théories sociologiques de la famille*. La Découverte.

<sup>9</sup> Comte, A. (1995). *Cours de philosophie*, in *Leçons de sociologie*. Flammarion.

<sup>10</sup> Le Play, F. (1879). *La Méthode sociale. Abrégé des Ouvriers européens* (2 éd). Méridiens-Klincksieck.

<sup>11</sup> Héritier, F. « Famille - les sociétés humaines et la famille », *Encyclopædia Universalis*. <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/famille-les-societes-humaines-et-la-famille/>

famille et, nous verrons comment ces transformations ont modifié le fonctionnement de la famille.

## **A. Modification des formes familiales dans les sociétés occidentales**

Comme évoqué dans l'ouvrage de François De Singly<sup>12</sup>, nous allons opposer différents systèmes familiaux selon un axe « tradition-modernité », c'est-à-dire un axe historique. Premièrement, nous avons choisi de présenter une forme familiale traditionnelle basée sur le patriarcat, qui connaîtra sa première modification, en raison d'un changement de relation au sein du couple, puis la famille connaîtra encore de nombreux chamboulements après les années 60-70, pour arriver jusqu'à la « famille moderne deux »<sup>13</sup>.

### 1. La famille patriarcale

Dans les sociétés occidentales, le premier système familial à avoir été considéré comme une norme est celui de la famille patriarcale. Abel Jeannière<sup>14</sup> explique que cette forme correspond à l'époque où l'agriculture et l'artisanat étaient les principales forces de production, et que celles-ci étaient réservées à l'homme. Ainsi, les propriétés foncières et le rôle du père étaient des éléments centraux dans les liens familiaux. Le Play<sup>15</sup>, dans ses travaux, explique que la famille patriarcale, ce qu'il appelle la famille souche, est soucieuse de son patrimoine, de la transmission de ses biens aux générations descendantes affiliées par le sang.

Dans ce type de famille, il est donc primordial pour ses membres de maintenir et perpétuer les traditions familiales, qui font office de normes à cette époque. Louis de Bonald<sup>16</sup> explique que la famille de cette époque constitue la norme parce que c'est la forme la plus naturelle, non

---

<sup>12</sup> Singly, F. (DE) (2017). *Sociologie de la famille contemporaine* (6e éd). Armand Colin.

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> Jeannière, A., & de Singly, F. « Famille - Évolution contemporaine », *Encyclopædia Universalis*.<http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/famille-evolution-contemporaine/>

<sup>15</sup> Le Play, F, op.cit.

<sup>16</sup> Bonald de, L. (1859). *Oeuvres complètes*. Migne.



pas dans le sens primitif, puisqu'il décrit cette organisation comme une forme de perfection sociale, voulue par Dieu.

Afin de comprendre le fonctionnement de la famille patriarcale, nous pouvons nous baser sur les explications de Jeannière et de Singly<sup>17</sup>, qui énoncent que ce modèle repose sur une grande famille hiérarchisée, à la tête de laquelle le père de famille symbolise l'autorité. À l'inverse, la femme, doit être avant tout une mère, à savoir que son principal épanouissement se trouve dans sa fonction maternelle. Elle a donc un rôle limité seulement aux activités domestiques, ses responsabilités sociales ainsi que professionnelles sont bannies par la pensée patriarcale. On observe donc une différence considérable des rôles parentaux dans ce type de famille. Et les liens qui unissent les membres de la famille sont des liens de parenté, donc seulement des liens du sang.

## 2. La « famille conjugale »

Cependant, De Singly<sup>18</sup> rappelle qu'à partir de la fin du XIXe siècle jusqu'aux années 1960, les liens de parenté vont peu à peu laisser la place aux liens de l'amour. Il reprend donc le concept de la « famille conjugale », pensé et expliqué par Durkheim<sup>19</sup> dans ces cours sur la famille donnés en 1892.

Ce type de famille comprend seulement le mari, la femme et les enfants, encore mineurs et célibataires, c'est-à-dire habitant au sein du foyer familial. Elle est différente de la famille patriarcale, étant donné que la première, compte dans ses membres toutes les générations ascendantes et descendantes. Dans cette nouvelle structuration, une fois mariés, les enfants quittent la cohabitation avec les parents, pour aller créer leur propre famille conjugale, dont la base se trouve être un mariage basé sur l'amour. Durkheim explique en ce sens que les seuls membres permanents de cette forme familiale sont le couple, d'où le nom de ce concept.

---

<sup>17</sup> Jeannière, A., & Singly, F (DE), op.cit.

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> Durkheim, E. (1921). « La famille conjugale », cours de 1892. [revue.philosophie.classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim\\_emile/textes\\_3/textes\\_3\\_2/famille\\_conjugale.html](http://revue.philosophie.classiques.uqac.ca/classiques/Durkheim_emile/textes_3/textes_3_2/famille_conjugale.html)

La place du père reste encore très importante, puisqu'il représente la puissance paternelle, c'est-à-dire l'actuelle autorité parentale, il doit donc subvenir aux besoins, notamment financiers, des enfants et pourvoir à leur éducation jusqu'à leur majorité. Le rôle de la mère reste encore un rôle domestique, il faudra attendre quelques années pour que son rôle évolue.

Il existe, cependant, une nouveauté majeure entre la famille patriarcale et la famille conjugale. La première étant exclusivement dirigée par le père, dans la seconde, l'État tient une place de plus en plus importante, et qui ne cessera de s'accroître au fil du temps. Cela se traduit par une possible perte des pouvoirs paternels puisque ceux-ci peuvent être retirés par l'État, à savoir une interdiction de l'adulte à s'occuper de son enfant si celui-ci est en danger, jusqu'à la déchéance de la puissance paternelle, donc perdre toutes responsabilités envers l'enfant.

Les différents changements entre ces types de famille sont analysés par Durkheim, comme des caractéristiques de changements sociaux. La société dans laquelle se développe la famille conjugale, est une société plus « individualiste », qui privilégie les relations et les sentiments par rapport à la société « communautaire » où la famille patriarcale définissait sa place par ses biens, ses statuts et donc ses liens de filiation.

### 3. La « famille moderne deux »

La dernière forme familiale que nous voulons présenter, apparue dans les années 1960-1970, appelée « famille moderne deux » par François de Singly<sup>20</sup>, est basée sur les principes de la « famille conjugale ». C'est-à-dire que la famille moderne est fondée par les individus ainsi que par les relations qu'ils entretiennent entre eux. À l'image de la société, qui est désormais « individualiste », les individus s'affirment par le « je » au détriment du « nous » qui désignait auparavant la famille toute entière, avec toutes les générations.

On pourrait croire à une montée en puissance de la sphère du privé, mais François de Singly nous rappelle que l'État continue de s'immiscer dans la vie privée des membres des familles modernes. En effet, de nombreux organismes spécialisés peuvent aider les parents dans leurs

---

<sup>20</sup> Singly, F (DE), op.cit.

fonctions, tels que les écoles, les crèches, les hôpitaux. L'importance de ces collectivités transforme le fonctionnement de la famille. On accorde donc moins d'importance aux liens du sang et donc à l'enracinement au sol. À noter d'ailleurs que les familles se préoccupent moins de la propriété foncière. À l'inverse, on accorde plus d'importance aux liens d'amour. La famille se rétrécit au couple et aux enfants, s'il y en a, avec une diminution du nombre d'enfants par foyer.

De Singly distingue un fort impact de la société industrielle sur les traditions familiales, notamment le changement de statut de la femme dans la société, ce qui va modifier la structuration de la famille. Grâce à la scolarisation des filles, la maîtrise de la fécondité, ainsi que les mouvements féministes émergents, il nous explique que la puissance paternelle va s'estomper pour laisser la place à une division du travail conjugal. Celle-ci se traduit par la mise en place, dans la loi, de l'autorité parentale conjointe en 1970. Les deux parents ont, à présent, les mêmes obligations et les mêmes droits.

Le pouvoir de décision, de la mère, pour ses enfants grandit, il grandit aussi concernant sa vie conjugale puisque la loi sur le divorce par consentement mutuel voit le jour en 1975. On remarque d'ailleurs une augmentation massive du nombre de divorces dans les années qui suivent. D'après l'Insee et le ministère de la Justice<sup>21</sup>, le nombre de divorces prononcés est passé de 50 000 avant 1974 à plus de 100 000 à partir de 1983. On observe aussi, à partir de ce changement, la création de nouveaux liens conjugaux contractuels, tels que le Pacs, qui se trouve entre le mariage et la vie en concubinage.

On remarque également que la famille conjugale composée d'un père et d'une mère mariés et de leurs enfants n'est plus prédominante. Il existe de plus en plus de familles recomposées, de familles monoparentales, des familles vivant seulement en concubinage, qui entraîne une augmentation d'enfants nés hors mariage. De plus, on observe une baisse du nombre de familles nombreuses. Et de manière générale, le nombre de membres par famille ne cesse de se réduire depuis la famille conjugale. Pour Louis Roussel<sup>22</sup>, cela conduit à une augmentation

---

<sup>21</sup> Bellamy, V. (2016). 123 500 divorces en 2014, des divorces en légère baisse depuis 2010. *Insee Première*, n°1599. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121566#tableau-figure1>

<sup>22</sup> Roussel, L. (1999). *La famille incertaine*. Odile Jacob.

de l'instabilité familiale, parce que le modèle de référence de la famille dite « classique » a disparu, et de nombreuses autres formes familiales ont émergé.

Il nous semble important de souligner, d'après les propos de François de Singly<sup>23</sup>, qu'il existe un effet pervers à l'utilisation de l'axe tradition-modernité, autrement dit classique/moderne. L'auteur marque une distinction entre les familles traditionnelles (un père, une mère mariés, avec plusieurs enfants), qui existe toujours, et les familles modernes, souvent associé aux divorces des parents. D'après lui, cela voudrait dire que le mariage et le divorce seraient les repères d'une famille plus ou moins moderne, ce qu'il pense injustifié. Nous pouvons penser que la création de ces différentes catégories décrit la réalité, mais si nous reprenons les écrits de Bourdieu<sup>24</sup>, nous pouvons penser qu'elles construisent aussi cette nouvelle réalité. Même l'INSEE oppose ces deux formes, elles distinguent les familles « traditionnelles », des familles monoparentales et des familles recomposées. On remarque d'ailleurs, d'après les chiffres de l'INSEE<sup>25</sup>, qu'il y a une légère diminution des familles traditionnelles de 2011 à 2020 et une légère augmentation des familles monoparentales, sur ces mêmes dates.

Cependant, les études anthropologiques, nous montrent que les formes dites « modernes » paraissent nouvelles en occident, mais ne le sont pas pour d'autres cultures, ce qui remet en question la vision de « la famille moderne deux » comme produit de la modernité et de l'évolution. En effet, des formes comparables aux familles recomposées sont observées dans d'autres sociétés depuis longtemps. Lévi-Strauss explique que :

« on ne peut plus croire que la famille évolue de façon unilinéaire depuis des formes archaïques et qu'on ne reverra plus vers d'autres qui s'en distinguent et qui marquent autant de progrès. Il se pourrait au contraire que dans sa puissance inventive, l'esprit humain eût très tôt conçu et étalé sur la table presque toutes les modalités de l'institution familiale. Ce que nous prenons pour une évolution ne

---

<sup>23</sup> Singly, F (DE), op.cit.

<sup>24</sup> Bourdieu, P, op.cit.

<sup>25</sup> Algava, É., Bloch, K., Robert-Bobée, I. (2021). Les familles en 2020 : 25% de familles monoparentales, 21% de familles nombreuses. Insee Focus, n°249. [https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681#tableau-figure1\\_radiol](https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681#tableau-figure1_radiol)

serait alors qu'une suite de choix parmi ces possibles, résultant de mouvements en sens divers dans les limites d'un réseau déjà tracé. »<sup>26</sup>

## **B. Émergence de nouvelles conceptions familiales**

Les transformations historiques que nous venons d'expliquer amènent à une complexité des trajectoires familiales, d'après le sociologue Claude Martin<sup>27</sup>. Il explique que ces changements causent la transformation des places et les rôles de chacun dans le décor familial, notamment le rôle des parents mais aussi la place des enfants, qui se trouve au centre des préoccupations. En effet, les liens de parenté évoluent, puisque de nouveaux acteurs entrent dans la socialisation primaire des enfants, par exemple les nouveaux conjoints, ou plus encore l'Etat. Ce sont des nouveautés qui bousculent les relations entre les membres, mais aussi le lexique de la famille.

### 1. Le concept de « Parentalité »

En effet, la construction de la famille moderne apporte avec elle un nouveau terme, celui de « Parentalité ». Hatchuel<sup>28</sup> explique qu'il apparaît en France environ en 1960, ce mot prend racine dans le terme anglais « parenthood », proposé par Benedek en 1959, qui désigne la condition de parent. Mais Claude Martin<sup>29</sup>, nous apprend également, que ce néologisme peut aussi venir du terme « parenting », qui signifie les pratiques parentales. Pour lui, cette notion englobe donc de nombreuses modalités, et apparaît encore floue pour lui donner une définition complète.

Cependant, l'apparition de ce nouveau terme s'explique aussi par le besoin de nommer les nouvelles formes familiales, puisque les personnes assumant le rôle de parent changent, ce ne sont plus exclusivement les géniteurs qui assument la responsabilité de l'enfant. En outre, les

---

<sup>26</sup> Lévi-Stauss, C. (1986). « Préface », in Bruguière, A., Klaspisch-Zuber, C., Segalen, M., Zonabend, F. *Histoire de la famille, tome 1*. Armand Colin. p.9-13.

<sup>27</sup> Martin, C. (2003). *La parentalité en questions : Perspectives sociologique*. Rapport pour le Haut conseil de la Population et de la Famille. <https://www.vie-publique.fr/rapport/26121-la-parentalite-en-questions-perspectives-sociologiques-rapport-pour-l>

<sup>28</sup> Hatchuel, F. (2019). Parentalité. In Dictionnaire de sociologie clinique (p.455-458). Érès.

<sup>29</sup> Martin, C, op.cit.

nouveaux mots pour décrire une famille contiennent maintenant souvent le mot « parentalité », à savoir « monoparentalité », « homoparentalité », « pluriparentalité ». Ces mots construisent la réalité sociale dans laquelle nous vivons, parce que dans le monde social, « les mots font les choses »<sup>30</sup>. Ils créent une nouvelle norme à laquelle les personnes doivent se soustraire. D'après Marine Boisson<sup>31</sup>, ces nouvelles normes créent de nouvelles responsabilités pour les personnes qui endossent le rôle de parent.

Mais quelles sont ces responsabilités, que signifie vraiment « parentalité » ? Certains auteurs ont essayé de donner une signification à cette nouvelle notion. Hatchuel<sup>32</sup> désigne la parentalité comme un processus qui amène une personne à occuper des fonctions qui vont permettre la croissance et le bon développement d'un enfant.

Houzel<sup>33</sup>, en 1999, définit 3 dimensions de la parentalité. La première dimension est celle de « l'exercice » qui définit de façon juridique la fonction parentale, c'est-à-dire l'autorité parentale, qui confère aux parents des droits, mais qui les oblige aussi à des devoirs envers l'enfant (veiller sur lui, sur sa santé, sur son éducation ainsi que sur son patrimoine)<sup>34</sup>. Celle-ci permet d'identifier les parents ainsi que leurs responsabilités envers l'enfant, et c'est aussi celle-ci qu'on délègue ou qu'on retire en cas de danger pour l'enfant. La seconde dimension renvoie aux comportements communs à tous les parents pour prendre soin de l'enfant, il nomme cette dimension la « pratique ». Et enfin la dernière dimension : « l'expérience », concerne le lien et les sentiments subjectifs ressentis par la personne relevant du rôle de parent. Hatchuel remarque que ces travaux donnent à penser que les fonctions peuvent être occupées par plusieurs personnes. Et cela, nous semble représentatif des nouvelles formes familiales occidentales, puisque les liens de parenté sont distingués des liens de parentalité.

Gérard Neyrand<sup>35</sup> explique qu'il existe différentes composantes dans la parentalité : le biologique, le psychologique et le social. Dans son ouvrage, il explique cela en disant : « Il ne suffit pas d'être géniteur pour être parents alors que l'on peut être parent sans être

---

<sup>30</sup> Bourdieu, P. op.cit., 33.

<sup>31</sup> Boisson, M. (2008). Petit lexique contemporain de la parentalité: Réflexions sur les termes relatifs à la famille et leurs usages sociaux. *Informations sociales*, 149, 8-15. <https://doi.org/10.3917/inso.149.0008>

<sup>32</sup> Hatchuel, F, op.cit.

<sup>33</sup> Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Erès.

<sup>34</sup> Définition de l'autorité parentale, donnée par les services publics. URL : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3132>

<sup>35</sup> Neyrand, G. (2001). Mutations sociales et renversements des perspectives sur la parentalité, in Le Gall, D., & Bettahar, Y. *La pluriparentalité*. PUF.

géniteur »<sup>36</sup>. Afin d'expliquer que cette distinction reste contemporaine dans notre société, mais que cela ne l'est pas dans d'autres, nous pouvons citer les travaux d'Esther Goody<sup>37</sup>, publiés en 1983, où elle explique qu'une tradition africaine consiste à confier son enfant à une autre famille pour plusieurs années. Elle distingue cinq composantes de la « parentalité », certaines effectuées par les géniteurs, d'autres effectuées par la famille qui se voit confier l'enfant. Les deux premières composantes consistent à concevoir, mettre au monde l'enfant et à lui donner une identité à la naissance. Ensuite, il faut le nourrir, l'éduquer, et lui garantir l'accès à un statut d'adulte. Cette dernière dimension semble être la plus importante pour une multitude d'auteurs, et ce, quelle que soit la personne qui se charge de l'éducation de l'enfant. Déchaux<sup>38</sup>, par exemple, nous explique que le souci éducatif est essentiel, et qu'il est fondamental aussi de leur apprendre les compétences relationnelles, en les entourant d'affection, toujours dans le but de les accompagner au mieux à devenir des adultes, qui constitueront la société de demain.

Toutes ces fonctions attribuées à la parentalité constituent les responsabilités parentales. D'abord, les obligations d'entretien, que nous venons d'exposer, mais il existe aussi les obligations légales, que Claude Martin<sup>39</sup> définit comme la responsabilité pénale. Mais il nous explique aussi que les responsabilités parentales peuvent évoluer selon les configurations familiales et aussi selon les milieux sociaux. Il prouve cela en disant que les « savoir-faire parentaux », c'est-à-dire les compétences à être de bons parents, sont répartis inégalement, notamment en raison de difficultés financières, c'est-à-dire de différentes conditions sociales. La position sociale des parents, qui influencent donc leur façon de penser, agir et éduquer leurs enfants peut avoir des répercussions sur l'avenir de l'enfant, puisque celle-ci se transmet comme un héritage, d'après les travaux de Bourdieu et Passeron<sup>40</sup>.

Ainsi, la nouvelle conception du rôle de parents pose le cadre des nouvelles responsabilités parentales, qui représente la norme aujourd'hui. Cependant, si cette norme n'est pas respectée,

---

<sup>36</sup> *Ibid.*, 41.

<sup>37</sup> Goody, E.-N. (1983). Parenthood and social reproduction. Fostering and occupational roles in West Africa. *L'Homme* 23(1), 153-155. [www.persee.fr/doc/hom\\_0439-4216\\_1983\\_num\\_23\\_1\\_368352](http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1983_num_23_1_368352)

<sup>38</sup> Déchaux, J.-H. (2009). *Sociologie de la famille* (Nouvelle éd). La Découverte.

<sup>39</sup> Martin, C, op.cit.

<sup>40</sup> Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1970). *La Reproduction. Éléments d'une théorie du système d'enseignement*. Les éditions de Minuit.

les parents risquent de perdre leur place auprès de leur enfant, d'autant plus depuis que l'enfant a une place centrale dans les préoccupations de l'État.

## 2. L'enfant au centre des préoccupations

L'historien Philippe Ariès<sup>41</sup>, dans un de ses ouvrages, évoque le changement de la place de l'enfant. En effet, selon lui, à partir du XVIIe siècle, l'enfant moderne apparaît, on le considère alors comme un être moralement et physiquement vulnérable. Il est donc nécessaire qu'on le protège. Ariès explique que la protection se trouve d'abord au sein d'une famille composée d'un père et d'une mère, ce qui pourrait s'apparenter à la « famille patriarcale » ou à la « famille conjugale ». Dans la mesure où le bien-être de l'enfant, le respect dû à sa personne et son futur épanouissement en tant qu'adulte sont, à présent, au centre des préoccupations parentales, et elles vont aussi devenir une préoccupation sociétale.

Afin d'expliquer au mieux les politiques mises en place par l'État pour aider les familles, nous appuierons nos propos sur l'ouvrage de Julien Damon<sup>42</sup>, concernant les politiques familiales en France. Il nous explique que le secours porté aux nécessiteux par l'État existe depuis toujours, notamment l'assistance à l'enfance malheureuse, datant du Moyen-Âge, qui est à l'origine des actuels pouvoirs publics, qui interviennent de plus en plus dans la sphère familiale. Notamment à partir de la fin du XIX, puisque les pouvoirs publics sont institués dans la loi, cela signifie qu'ils prennent de plus en plus d'importance.

Étant donné que la place de l'enfant évolue notablement, il n'est plus seulement considéré comme « un bien économique ou religieux permettant d'assurer une sorte d'assurance économique ou spirituelle »<sup>43</sup>, puisqu'à partir de 1841, l'interdiction de travailler pour les enfants est posée. À présent, l'enfant est « l'objet d'un investissement affectif conséquent »<sup>44</sup>. Peu de temps après, l'Aide Sociale, en direction des familles, naît légalement, grâce aux lois instituées. Celles-ci permettent de développer des droits, mais Damon nous précise aussi que cela permet à l'État de s'introduire et de s'investir légalement dans la sphère privée. Les deux

---

<sup>41</sup> Ariès, P. (1975). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Seuil.

<sup>42</sup> Damon, J. (2018). *Les politiques familiales*. Presses Universitaire de France.

<sup>43</sup> *Ibid.*, 8.

<sup>44</sup> *Ibid.*, 8-9.



premières lois posent le cadre en termes de protection des enfants. En 1874, la loi Roussel, permet d'organiser l'assistance et la surveillance des jeunes enfants placés. Cette loi constitue les prémisses de l'actuelle PMI<sup>45</sup>, qui sera ensuite créée et définie par l'ordonnance de 1945. Elle prend en charge la protection des mères et des jeunes enfants (moins de 6 ans), elle assure un suivi social, mais aussi sanitaire. Plus tard, en 1889, une loi est éditée en faveur des enfants maltraités, elle permet à l'État de récupérer la tutelle d'un enfant se trouvant en situation de danger au sein de sa famille. Cette loi constitue les prémisses des missions de l'ASE<sup>46</sup>, qui sera créée le 27 juin 1904. Ensuite, au XXe siècle, de nouvelles lois sont écrites, elles permettront de donner les moyens financiers aux familles pour subvenir aux besoins de leurs enfants. La loi du 11 mars 1932 prévoit d'organiser un versement de sursalaire familial, le décret-loi du 12 novembre 1938 entraîne la mise en place des « allocations familiales » ainsi qu'une prime par les mères au foyer. Ensuite, le décret du 29 juillet 1939 (dit Code de la famille), va étendre les allocations aux indépendants, pour ainsi toucher un maximum de personnes qui ont besoin de ces aides financières.

Comme nous venons de le constater, l'État met à disposition une aide financière aux familles, mais il peut aussi prendre en charge des situations difficiles, notamment quand il y a un danger pour l'enfant dans l'environnement familial. Ces situations peuvent être détectées grâce à la surveillance qu'exerce l'État sur les familles. Cette surveillance est mise en place par des services obligatoires comme l'école et les visites médicales imposées. D'après Fablet<sup>47</sup>, avant 1990, la principale action mise en oeuvre était la séparation avec les parents et le placement de l'enfant. Ces politiques de protection de l'enfance sont confiées à l'ASE<sup>48</sup>, désormais gérée par le département depuis la loi de décentralisation en 1983. Ils sont chargés de centraliser, traiter et évaluer les informations préoccupantes, pour ensuite mettre en place des actions de protection. Ils sont également chargés de mener des actions préventives auprès de populations pouvant souffrir de situations familiales difficiles. Il existe différentes mesures

---

<sup>45</sup> Protection Maternelle et Infantile, nous utiliserons le sigle pour le reste de cet écrit.

<sup>46</sup> Aide Sociale à l'Enfance, nous utiliserons l'acronyme pour le reste de cet écrit. Nous reviendrons plus en détail sur son fonctionnement et ses missions, dans la suite de notre texte.

<sup>47</sup> Fablet, D. (2010). *De la suppléance familiale au soutien à la parentalité*. l'Harmattan

<sup>48</sup> Toutes les informations concernant le fonctionnement de l'ASE ont été recueillies sur le lieu de stage ainsi que sur la fiche 24 : les dispositifs de l'aide sociale à l'Enfance, dans : Tidiane Diallo, C., & Leroux, I. (2020). L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion. Etude de la DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/laide-et-laction-sociales-en-france-perse>

de placement. Tout d'abord, il y a des mesures administratives, l'enfant est confié au service de l'ASE sur décision du conseil départemental, ou à la demande de la famille. Il existe aussi des mesures de placement judiciaire, décidées par le juge des enfants. Cela comprend plusieurs situations, c'est-à-dire un placement pour de l'assistance éducative, une délégation de l'autorité parentale à l'ASE, ou un retrait partiel de l'autorité parentale. Enfin, il existe aussi les placements directs, décidés aussi par le juge des enfants, il s'agit de placement dans un établissement ou auprès d'un tiers digne de confiance, parfois avec la délégation de l'autorité parentale.

Aujourd'hui, la priorité est toujours centrée sur le bien-être de l'enfant, mais cela est couplé au fait que l'enfant ne doit plus être complètement séparé de ses parents, selon Fablet<sup>49</sup>. Il existe de nouvelles prestations à domicile incluant des aides financières, des aides matérielles, des aides humaines (présence de TISF<sup>50</sup>), afin d'aider les parents dans leurs fonctions parentales. Avec la promotion du terme de « parentalité », les actions sont plus tournées vers les parents afin de les aider à acquérir des compétences parentales. Nous parlons d'actions éducatives à domicile (AED), sur décision administrative, ou en milieu ouvert (AEMO), sur décision judiciaire, c'est-à-dire décidé par le juge des enfants. Aussi, depuis 1998, il existe des Réseaux d'Écoute, d'Appui et d'Accompagnement des parents (REAAP). Il semble donc que le maintien dans le milieu familial soit primordial actuellement. De plus, une étude en psychologie<sup>51</sup> portant sur les théories de l'attachement, confirme les effets nocifs des placements des nourrissons et des jeunes enfants. Il s'agit donc de mesurer les aptitudes parentales pour définir si l'enfant est en sécurité et s'il reçoit suffisamment d'affection et d'éducation, si cela n'est pas le cas, une suppléance parentale est mise en place, cependant parents et enfants gardent le lien.

La création de ces objectifs, de ces « échelles de performances parentales »<sup>52</sup>, et la façon dont on forme les personnes à être de bons parents se couple avec un accroissement de nouveaux métiers dans l'accompagnement aux relations familiales. Castel parlait de « psychologisation

---

<sup>49</sup> Fablet, D, op.cit

<sup>50</sup> Technicien de l'intervention sociale et familiale.

<sup>51</sup> Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte, vol 1. L'attachement*. PUF.

<sup>52</sup> Martin, C, op.cit.,13.

de la société »<sup>53</sup>, c'est-à-dire que les techniques de mesures en psychologie ainsi que la « culture psychologique » envahissent de nouvelles sphères, et cela crée un contrôle social important puisque des normes apparaissent. Les personnes ont obligation à être de bon parents puisqu'ils sont aidés par l'Etat à l'être. Cela crée de la stigmatisation sur certaines organisations familiales modernes, d'après de Singly<sup>54</sup>, notamment pour des parents qui rencontrent déjà des situations complexes et qui sont déjà accompagnés pour d'autres difficultés. Nous nous focaliserons, dans ce mémoire, sur la situation des personnes en situation de handicap intellectuel ou vivant avec une maladie psychique.

## **II. Confrontation des représentations sociales du handicap avec la parentalité**

En amont, de la recherche bibliographique, en discutant avec des personnes (qui ne travaillent pas dans le domaine du travail social) à propos de notre futur stage, nous nous sommes rendus compte des avis négatifs qui pèsent sur les parents en situation de handicap. Nous avons donc consacré une autre partie de nos recherches aux questions des représentations sociales, afin de comprendre comment elles peuvent influencer les parents et les pratiques des professionnels.

### **A. Handicap et représentations sociales**

#### **1. Définition du handicap et description du public cible**

Selon la Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF), créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 2001, un handicap est défini par « *la présence de déficiences* » qui entraînent une « *limitation dans les activités* » (incapacité), qui tend vers une « *restriction de participation à la vie sociale* » (désavantage). Alain Blanc décrit les PSH comme étant limitées. Premièrement, limitées par une

---

<sup>53</sup> Castel, R. (1981). *La gestion du risque, de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Les éditions de Minuit.

<sup>54</sup> De Singly, F, op.cit.

fonctionnalité, une gestuelle et une mobilité réduite et inadaptée. Mais il ajoute aussi, qu'elles sont limitées dans leur capacité d'apprentissage des codes sociaux ainsi que dans leurs qualifications professionnelles<sup>55</sup>.

La diversité des handicaps est grande, en effet selon la loi de 2005, le handicap proviendrait « d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychique, d'un polyhandicapé ou d'un trouble de santé invalidant ». Dans cette étude, nous ciblerons deux handicaps spécifiques, présents dans les foyers d'hébergement associés à des ESAT (Établissements et Services d'Aide par le Travail<sup>56</sup>), terrain de recherche de ce dossier.

Premièrement, nous nous focaliserons sur les handicaps mentaux, appelés « retards mentaux ou déficiences mentales » ainsi que « déficiences intellectuelles »<sup>57</sup>, dans la littérature scientifique. Il existe divers degrés de déficiences se mesurant à l'aide de tests psychologiques ou neuropsychologiques permettant de calculer le quotient intellectuel (QI) et d'évaluer les comportements adaptatifs, dans le fonctionnement au quotidien ainsi que dans la participation sociale. L'étiologie<sup>58</sup> des déficiences intellectuelles est diverse, cela est surtout dû à des causes génétiques, mais cela peut aussi renvoyer à des causes biologiques, psychologiques ou écologiques<sup>59</sup>, c'est-à-dire qui ont trait à l'environnement entier de la personne.

Deuxièmement, nous nous centrerons sur les personnes souffrants d'une maladie psychique. En effet, certaines personnes ayant développé un trouble psychique ont besoin d'un suivi et d'aides psychologiques, éducatives et médicales, selon leur degré de stabilisation (notamment grâce à des traitements médicamenteux) et leur degré d'autonomie. Dans l'établissement étudié dans ce mémoire, les troubles psychiques les plus répandus sont la schizophrénie et

---

<sup>55</sup> Blanc, A. (2001). « La communauté sans cesse recomposée : les personnes handicapées en établissements spécialisés ». In : Amourous, C., Blanc, A., & Peuchlestrade, G. (Éds.). (2001). *Erving Goffman et les institutions totales*. L'Harmattan.

<sup>56</sup> Nous utiliserons le sigle pour le reste de cet écrit.

<sup>57</sup> Nous privilégions ce terme dans ce dossier, nous le pensons plus explicatif et représentatif de la situation dans laquelle se trouvent ces personnes. A l'inverse de « retard mental » ou de « déficience mentale » que nous pensons être des termes connotés plus négativement, qui, nous semble, participer grandement à la stigmatisation de ces personnes, nous reviendrons sur ce point plus tard dans le mémoire.

<sup>58</sup> Étude des causes de la maladie.

<sup>59</sup> Zribi, G., & Sarfaty, J. (2015). *Handicapés mentaux et psychiques : Vers de nouveaux droits*. Presses de l'École des hautes études en santé publique.

autres troubles psychotiques. Ces troubles sont définis par des critères diagnostiques précis<sup>60</sup>. Les symptômes les plus courants sont la présence d'idées délirantes, d'hallucinations, la pensée désorganisée (qui se traduit par un discours désorganisé), un comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé et des symptômes négatifs (perte de motivation, diminution de l'expression émotionnelle et associabilité...). Alain Blanc, dans son livre de *Sociologie du handicap*<sup>61</sup>, explique que les maladies psychiques ont des causes endogènes ou exogènes donc individuelles, familiales, professionnelles ou bien sociales. Il existe aussi des troubles psychiatriques provenant d'accidents, ayant des conséquences physiques, mais qui déclenchent ensuite des troubles d'ordre psychiatrique (par exemple : PTSD, Post-Traumatic Stress<sup>62</sup>, pouvant ensuite entraîner des psychoses).

Nous avons choisi de présenter le public cible en deux catégories, néanmoins, il est important de préciser que toutes les personnes étudiées dans ce mémoire connaissent des points communs, autant dans leurs pathologies, dans leur relation avec leur environnement, et dans leur degré d'autonomie, de dépendance ou non à une assistance ou à des compensations.

## 2. Définition des représentations sociales

Après avoir détaillé la définition du handicap, nous pouvons déjà poser le constat que le handicap est représenté négativement dans le lexique employé, par exemple : « incapacité », « restriction », « désavantage » ou bien même « déficiences mentales ». Nous parlons de publics « vulnérables », « en difficulté ». On peut donc envisager que la façon dont on les représente, va façonner leur façon de se comporter. Goffman l'expliquait déjà en 1968 dans ses travaux sur les asiles<sup>63</sup>, il avait remarqué une correspondance entre les attitudes des malades avec les attentes que le personnel soignant avait d'eux. Il nous semble donc primordial, dans notre travail, de prendre en considération les représentations sociales du handicap et de la maladie mentale pour répondre à notre problématique.

---

<sup>60</sup> Critères listés dans l'ouvrage de référence en classification des troubles mentaux : Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

<sup>61</sup> Blanc, A. (2015). *Sociologie du handicap*. Armand Colin.

<sup>62</sup> Syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

<sup>63</sup> Goffman, E. (1968). *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Les éditions de Minuit.

Nous allons définir les représentations sociales, afin de bien comprendre quels effets celles-ci peuvent avoir. Le premier à les identifier est Durkheim<sup>64</sup>, il parlait alors de « représentations collectives » et les définissait comme « des productions mentales sociales ». Selon Abric<sup>65</sup>, les représentations sociales sont des jugements, des attitudes et des informations organisés et hiérarchisés par un groupe social et qui concerne un objet en particulier. Il insiste en expliquant qu'elles « résultent d'un processus d'appropriation de la réalité, de reconstruction de cette réalité dans un système symbolique »<sup>66</sup>. Ces représentations constituent donc une « forme de connaissances socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »<sup>67</sup>, ce qui pourrait s'apparenter à un « savoir de sens commun »<sup>68</sup>. Elles permettent donc de donner une signification universelle à un objet, qui va permettre d'instaurer un univers commun, qui favorise les échanges et les interactions sociales<sup>69</sup>. Abric précise que les représentations sociales ont 3 fonctions principales, elles permettent de s'identifier à un groupe, elles permettent aussi d'orienter les pratiques sociales et de pouvoir ensuite les justifier.

En définitive, nous pouvons donc résumer en disant que les représentations sociales constituent un savoir commun qui oriente les comportements et attitudes des uns par rapport aux autres, en fonction des groupes dans lequel se positionne chaque individu. En effet, celles-ci s'affilient à un groupe où les autres possèdent aussi la même identité sociale, donc qui leur ressemble par leur statut, leurs attributs. La théorie de l'identité sociale de Tajfel<sup>70</sup> explique en ce sens que le groupe d'appartenance (endogroupe) se considère comme meilleur, et les représentations sociales négatives sont réservées à l'autre groupe (exo groupe), qui est donc déprécié et dévalorisé.

---

<sup>64</sup> Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*. Tome VI.

<sup>65</sup> Abric, J.-C. (2003). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. Dans : Jean-Claude Abric éd., *Exclusion sociale, insertion et prévention* (11-19). Érès.

<sup>66</sup> *Ibid.*, 11.

<sup>67</sup> Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales* (7.éd). Presses Universitaires de France, 53.

<sup>68</sup> *Ibid.*

<sup>69</sup> Moscovici, S. (2003). In : Jodelet, D, op.cit.

<sup>70</sup> Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. In Moscovici, S. *Introduction à la psychologie sociale*, 1, 272-302. Larousse.

### 3. Représentations sociales principales du handicap et conséquences sur les PSH

Il existe trois principaux types de représentations sociales de la maladie psychique et de la déficience intellectuelle<sup>71</sup>. Premièrement, les personnes souffrants de ces troubles sont perçues comme des personnes violentes et dangereuses (c'est l'opinion la plus souvent évoquée par la population générale). De plus, les PSH sont pensées comme des personnes incapables de se conformer aux conventions sociales, donc elles sont considérées comme irresponsables ou imprévisibles. Pour finir, leur comportement est considéré comme infantile.

D'après Denise Jodelet<sup>72</sup> ces représentations font faire émerger 3 formes de ségrégations sociales : une mise à distance sociale, qui se traduit par une stigmatisation, un isolement en dehors de l'espace public et le contrôle de l'accès à certains rôles sociaux.

En effet, une personne en situation de handicap attire le regard des personnes dites « normales »<sup>73</sup> sur leurs différences par rapport à la norme. Une des études de Erving Goffman porte sur le *Stigmate*<sup>74</sup>, il explique que le stigmate est « *quelque chose qui disqualifie l'individu et l'empêche d'être pleinement accepté par la société* »<sup>75</sup>. En effet, les personnes en situation de handicap présentent des différences par rapport à la normale et cela constitue le stigmate. Goffman présente trois types de stigmates : « *monstruosités du corps* », « *tares de caractères* », « *stigmates tribaux* »<sup>76</sup>.

Chez notre public, nous retrouvons ce qu'il caractérise comme « *tares de caractère* », puisqu'il décrit ces individus comme « *mentalement dérangés* »<sup>77</sup>. Il existe donc une catégorisation des PSH par les autres membres de la société, qui engendre des pratiques de

---

<sup>71</sup> Bec, E. (2017, mars). Handicap psychique et parentalité : Exercice de la parentalité par des personnes en situation de handicap psychique. CREA-ORS Occitanie. [https://creaiors-occitanie.fr/revues\\_litterature/handicap-psychique-et-parentaliteexercice-de-la-parentalite-des-personnes-en-situation-de-handicap-psychique/](https://creaiors-occitanie.fr/revues_litterature/handicap-psychique-et-parentaliteexercice-de-la-parentalite-des-personnes-en-situation-de-handicap-psychique/)

<sup>72</sup> Jodelet, D. (2003). Représentations sociales de la maladie mentale et insertion des malades mentaux. In : Abric, J.-C, op.cit.

<sup>73</sup> Cette appellation désigne les personnes ne souffrants pas de handicap et ayant une intégration très satisfaisante dans la société.

<sup>74</sup> Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Les Editions de Minuit.

<sup>75</sup> *Ibid.*, 7.

<sup>76</sup> *Ibid.*, 14.

<sup>77</sup> *Ibid.*, 14.

discriminations, que Erving Goffman juge comme réductrices des chances de la personne dans la vie. Mais cela est d'autant plus vrai, quand l'individu se rend compte et perçoit sa différence, cela peut même causer un repli sur soi important, qui favorise encore plus la distance entre PSH et personnes valides. Le repli sur soi, la distance et la diminution de liens sociaux quand un individu est malade, Claudine Herzlich<sup>78</sup> l'observe aussi dans ces travaux sur les représentations sociales de la santé et de la maladie. Elle explique qu'il y a une distinction entre santé et maladie, comme il y a une distinction entre individu et société. En effet, dans les représentations sociales de la maladie et de la santé, les modes de vie s'apparente à la société, qui accumule des éléments malsains dont l'individu doit se défendre grâce à ses propriétés individuelles, ce qu'elle appelle un « fond de santé ». Donc elle explique que la maladie est imaginée comme provenant d'un conflit entre la société et la résistance de l'individu. Elle explique aussi, qu'un individu en bonne santé, ayant pu se défendre contre les attaques de la maladie, est intégré dans la société parce qu'il reste actif. Alors qu'une personne malade, considérée comme faible car elle n'a pas résisté aux attaques, est alors exclue de la société par le biais de son inactivité. Donc la personne se retrouve stigmatisée en raison de sa maladie, de sa pathologie. Le handicap mental, par exemple, est perçu comme une inadaptation à la société<sup>79</sup>, c'est-à-dire que les PSH ne semblent pas pouvoir s'intégrer et s'adapter aux normes et aux valeurs sociales compte tenu de leurs différences.

Pour pallier à ce déficit, la mise en place de structures s'est élaborée afin d'accueillir différents publics pour les aider dans leur développement personnel et social. Mais, nous pouvons voir aussi cette institutionnalisation comme une sorte d'isolement des personnes, dans des endroits fermés, que Goffman appelait les « institutions totales », qu'il définissait comme un « lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individu placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et rigoureusement réglées »<sup>80</sup>. D'après lui, ces institutions doivent permettre de prendre en charge des personnes

---

<sup>78</sup> Herzlich, C. (1996). *Santé et Maladie, analyse d'une représentation sociale*. Éditions de l'École des hautes Études en Sciences Sociales.

<sup>79</sup> Blanc, A, op.cit.

<sup>80</sup> Goffman, E, op.cit., 41.



dépendantes, qui sont inoffensives (jugées non dangereuses pour elles-mêmes et pour les autres), mais aussi des personnes qui sont dans l'incapacité de s'occuper d'elles-mêmes et qui sont potentiellement dangereuses pour elles-mêmes et pour les autres. Donc, ces institutions jouent aussi un rôle de protection de la communauté. Cela conduit à la formation de deux groupes distincts entre les PSH et les personnes dites « normales », afin de protéger les uns des autres. Cette notion de protection peut faire référence aux représentations sociales effrayantes de la maladie psychique, souvent associées à la « folie ». Jodelet<sup>81</sup> nous rappelle que la peur de ces maladies, est une des représentations la plus présente et la plus ancienne dans les esprits. En effet, déjà dans les sociétés traditionnelles, le « fou » était classé hors de la sphère humaine, on le considérait comme un animal. Ensuite, à l'âge classique, l'enfermement du « fou » est devenu une norme. Cependant, actuellement, les structures d'accueil des personnes en situation de handicap promeuvent une ouverture vers l'extérieur. C'est le cas de la structure étudiée dans cette recherche<sup>82</sup>.

Les PSH sont donc stigmatisées, exclues physiquement de la société (isolées en institution), mais aussi exclues de certains statuts ou rôles sociaux<sup>83</sup>. Denise Jodelet définit leur statut comme celui de « marginalisé », qui apporte un sentiment d'insécurité et d'infériorité à la personne, celle-ci est privée de pouvoir, de prestige et de reconnaissance. Puisque les PSH sont jugées moins aptes et moins méritantes que les autres. Ils doivent se cantonner au « rôle de malade »<sup>84</sup>, et suivre les normes de conduite imposées par la société due à leur condition. Jean-Manuel Queiroz<sup>85</sup> affirme que les PSH peuvent se voir exclues de certaines « *scènes essentielles* », c'est-à-dire, par exemple, de la « *scène* » culturelle, professionnelle, politique mais aussi familiale, de fait tout ce qui constitue la vie en société.

Par conséquent, les représentations sociales ont pour effet de stigmatiser, et d'exclure les personnes en situation de handicap, qui sont donc en quête de « normalité » pour s'inclure dans notre société. Étant donnée, l'actuelle ouverture vers la société, certaines personnes avec

---

<sup>81</sup> Jodelet, D, op.cit.

<sup>82</sup> Nous expliquerons en détail, dans le chapitre 2, le fonctionnement des services d'accompagnement extérieur, qui se veulent inclusif.

<sup>83</sup> Jodelet, D, op.cit.

<sup>84</sup> Herzlich, C, op.cit.

<sup>85</sup> Queiroz, J-M. (1996). « Exclusion, identité et désaffection ». In : Paugam, S. (1996). *L'exclusion, l'état des savoirs*. Editions de La Découverte.

un handicap vont se saisir de rôles sociaux, dont elles sont généralement privées, pour essayer de se construire une nouvelle identité sociale se rapprochant de la norme. Cette quête de normalité peut être un facteur d'émergence du désir d'enfant, selon Bertrand Coppin<sup>86</sup>. Mais quand est-il des représentations sociales qui pèsent sur les personnes en situation de handicap qui s'emparent du rôle de parent ?

## **B. Parentalité de PSH et représentations sociales**

### 1. Aux prémices de la parentalité : la sexualité

Pour expliquer les représentations sociales de la parentalité en situation de handicap, il nous semble opportun de remonter au sujet très tabou de la sexualité. D'après, Marcel Nuss<sup>87</sup>, dans son ouvrage *Handicap et Sexualité*, ce sujet est d'autant plus tabou dans les institutions. Les réactions des travailleurs sociaux face à ces questions sont de l'ordre du dégoût, du silence ou l'utilisation de l'humour ou de l'ironie. Pour lui, l'accès à la sexualité des personnes en situation de handicap nécessite un vrai changement dans les mentalités.

Dans le passé, les PSH étaient considérées comme asexuées, c'est-à-dire qu'on supposait que ces personnes ne ressentaient pas de désirs et n'avaient pas besoin de relations sexuelles ou même affectives. Il leur était alors interdit l'accès à la sexualité<sup>88</sup>. Ensuite, les représentations autour de la sexualité en institution ont commencé à évoluer, et l'accès à autrui a commencé à être pensé comme un droit<sup>89</sup>. En effet, lors des entretiens collectifs que nous avons mis en place avec les professionnels d'un des foyers d'hébergement de l'association qui constitue notre terrain de recherche<sup>90</sup>, ils nous ont expliqués, qu'il y a peu de temps, les relations étaient encore très surveillées par les équipes. En effet, il fallait demander, par une autorisation écrite, le droit d'aller dormir avec une autre personne. Ils nous racontent aussi que le couple devait

---

<sup>86</sup> Coppin, B. (2019). Des capacités impensées. *L'école des parents*, 630, 39-41. <https://doi.org/10.3917/epar.630.0039>

<sup>87</sup> Nuss, M. (2014). *Handicaps et sexualités*. Dunod

<sup>88</sup> Vaginay, D. (2014). *Une sexualité pour les personnes handicapées. Réalité, utopie, projet ?*. Chroniques Sociales

<sup>89</sup> Zribi, G., & Sarfaty, J, op.cit.

<sup>90</sup> Nous reviendrons sur les modalités de ces entretiens dans le chapitre 2, partie II. C (p.36).

avoir une durée minimale de 1 ou 2 mois de relation avant qu'on leur donne la permission de dormir ensemble. Denis Vaginay<sup>91</sup>, a remarqué dans ses travaux, que l'accès à la sexualité était limité par ce qu'autorisait ou pas l'institution et les interdits n'étaient pas remis en cause, du fait de la relation dissymétrique entre les éducateurs et les usagers, expliqué par l'ascendant de la personne non handicapée sur l'utilisateur. Zribi<sup>92</sup> explique qu'il existe une réelle difficulté pour les travailleurs sociaux de donner un espace concret à l'intime des personnes qu'ils accompagnent.

Étant donné que la sexualité reste un sujet tabou, complètement impensée pendant longtemps, il est resté encore longtemps impossible de penser la parentalité des personnes en situation de handicap. Les personnes en institution désireuses d'avoir des enfants devaient obligatoirement quitter l'établissement où ils se trouvaient. Afin d'éviter ces départs, jugés désastreux pour ces personnes ainsi que pour les enfants à venir, les établissements ont mis en place la contraception obligatoire, ainsi que l'accompagnement (voire même l'obligation) à l'avortement.<sup>93</sup> Pendant un temps (notamment avant 1970-1980), et encore aujourd'hui dans certains établissements, une femme entrant dans un établissement médico-social devait prendre une contraception, laissée au choix. Cependant, lors de nos entretiens collectifs, nous avons pu comprendre que les professionnels préfèrent les contraceptions dites « sûres », qui ne peuvent pas être oubliées, limitant ainsi les grossesses éventuelles. Une des éducatrices nous informe qu'« on (la direction et le service infirmier) nous invite fortement à y faire attention »<sup>94</sup>, elle explique aussi qu'il y « a du conseil orienté pour qu'il y ait une bonne contraception »<sup>95</sup>. En 1978, lors de sa thèse, Giami avait étudié la question de l'éducation sexuelle, et il avait démontré que les professionnels éducatifs étaient pour l'obligation de la contraception, car contre la parentalité de leurs usagers.

Les moyens de contraception peuvent prendre une forme plus radicale, celle de la stérilisation. Il existe depuis longtemps un débat sur la stérilisation des femmes avec une

---

<sup>91</sup> Vaginay, D, op.cit.

<sup>92</sup> Zribi, G., & Sarfaty, J, op.cit.

<sup>93</sup> Chatroussat, S. (2011). *La parentalité des personnes déficientes intellectuelles : Entre stigmatisation et intégration*. Dialogue, 194, 57-67.

<sup>94</sup> Participant C, entretien collectif 1, le 22 mars 2022 (retranscription en annexe, p.70).

<sup>95</sup> *Ibid.*

déficience intellectuelle. Stiker<sup>96</sup> nous rappelle à ce sujet que les personnes handicapées, notamment avec un handicap mental, ont connu de graves formes d'eugénisme, notamment avec la théorie de la dégénérescence à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle. Cette théorie défend l'idée que l'origine des maladies mentales est héréditaire, et que celles-ci s'aggravent de génération en génération. Cette théorie s'est durablement imprégnée dans les conceptions médicales mais aussi dans les représentations sociales de tout un chacun. Ainsi, en 2001, et ensuite revalidé en 2020, a été adopté un texte concernant la stérilisation des femmes dites « handicapées mentales » : « La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales a justifié l'instauration d'une mesure de protection juridique que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en oeuvre efficacement. » (Art. L. 2123-2)<sup>97</sup>. Stiker, expose, dans son ouvrage, les objections formulées, parmi elle, nous en retenons une faisant écho à notre propos. L'évocation dans ce texte qu'une impossibilité de prendre une contraception peut sous-entendre que « les personnes handicapées mentales n'ont guère le choix de recourir ou non à un moyen contraceptif et que celui-ci s'impose en toute légitimité »<sup>98</sup>. Ces limitations dans leur vie sexuelle ainsi que les mesures mises en place pour éviter la procréation incitent ces personnes à penser qu'il leur est impossible d'avoir des enfants, d'après la psychanalyste Simone Korff-Sausse<sup>99</sup>. Ce point est aussi évoqué lors de notre entretien collectif, ils expliquent que c'est tellement un « non-dit » que « même aux yeux des résidents, ils n'avaient pas la possibilité d'avoir des enfants »<sup>100</sup>. La procréation semble donc être un sujet délicat, mais il nous paraît important de comprendre d'où viennent ces réticences.

---

<sup>96</sup> Stiker, H.-J. (2017). *La condition handicapée*. Presses Universitaires de Grenoble.

<sup>97</sup> « Article L2123-2 - Code de la santé publique », Légifrance : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000041721178#:~:text=Version%20en%20vigueur%20depuis%20le%201%20octobre%202020&text=La%20ligature%20des%20trompes%20ou,praticu%C3%A9e%20sur%20une%20personne%20mineure.](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721178#:~:text=Version%20en%20vigueur%20depuis%20le%201%20octobre%202020&text=La%20ligature%20des%20trompes%20ou,praticu%C3%A9e%20sur%20une%20personne%20mineure.)

<sup>98</sup> Stiker, H.-J, op.cit., 50.

<sup>99</sup> Korff-Sausse, S. (2010). Filiation fautive, transmission dangereuse, procréation interdite. L'identité sexuée de la personne handicapée : une pièce en trois actes. Dans : Régine Scelles éd., *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle* (pp.43-60). Érès.

<sup>100</sup> Participant C, entretien collectif 1.

## 2. Les principales représentations sociales relevées dans la littérature

Les représentations sur le handicap influencent le regard que l'on porte sur les parents en situation de handicap. La stigmatisation portée aux personnes en situation de handicap est globale<sup>101</sup>, c'est-à-dire qu'elles vont être vues seulement par le prisme de leur handicap. Mais on remarque une « cristallisation sur la sphère affective, sexuelle et familiale »<sup>102</sup>. Ils sont jugés, à la fois par la population générale mais nous nous focaliserons surtout sur l'avis des professionnels du secteur médico-social, comme n'étant pas assez responsables pour s'occuper d'enfants. Une des éducatrices en entretien collectif nous a confié qu'« à partir du moment où ils sont dans un foyer, c'est qu'ils sont pas capables de s'occuper d'eux-mêmes. Donc je vois pas pourquoi on leur confierait un bébé »<sup>103</sup>. Les personnes en situation de handicap intellectuel ou psychique sont encore associées au « fou », au « monstre », ce qui suppose qu'il est difficile de les imaginer aimer<sup>104</sup>. D'après la psychologue Sabine Chatroussat, les représentations négatives sur la parentalité des personnes en situation de handicap, s'appuie donc sur les représentations archaïques qui pèsent encore sur ces personnes, ainsi que sur une grande inquiétude pour les enfants, accentué d'autant plus par la place importante qu'occupe l'enfant dans nos sociétés, ce que nous avons expliqué plus tôt dans notre travail.

Néanmoins, certaines études, notamment une en psychologie, ont montré que les résultats sur le niveau d'estime de soi, le sentiment subjectif de stigmatisation ainsi que l'expérience globale d'enfants nés de parents en situation de handicap (tout handicap sans distinction : mental, psychique, physique, sensoriel), n'étaient pas forcément mauvais. Ils ajoutent même dans la conclusion que cette situation leur a permis de développer des compétences, telles que la tolérance, la compassion, et la débrouillardise.

Cependant, Bertrand Coppin<sup>105</sup>, spécialiste de la question de la parentalité des personnes avec une déficience intellectuelle, explique que les représentations reposent aussi sur une connaissance de leurs capacités limitées. Il ajoute qu'il existe peu de recherche dans ce

---

<sup>101</sup> Goffman, E. (1975). op.cit.

<sup>102</sup> Chatroussat, S. (2011). op.cit. p.57

<sup>103</sup> Participant A, Entretien collectif 1.

<sup>104</sup> Chatroussat, S, op.cit.

<sup>105</sup> Coppin, B, op.cit.

domaine, et les rares qui existent se focalisent sur les limitations (cognitives, intellectuelles) et sur les conséquences que celles-ci ont sur les pratiques parentales. La direction que prennent les recherches vient confirmer certaines craintes exprimées dans les représentations sociales . Il ajoute que ces recherches prennent très peu en compte l'environnement de la personne, qui peut aider dans l'acquisition de ces compétences. Parmi ces recherches, ils ont pu faire le constat qu'un faible niveau intellectuel pouvait représenter un risque d'abus ou de négligence<sup>106</sup>. Une autre étude<sup>107</sup> montre un manque d'interaction, surtout positive, entre la mère et son enfant. Les principales inquiétudes portées par les professionnels de ce milieu sont surtout le risque de sous-stimulation, de maltraitance ainsi que des méthodes éducatives qui ne seraient pas adaptées aux besoins de l'enfant, puisque ces besoins ne seraient pas compris par les parents. Milot, Turcotte et Tétrault<sup>108</sup>, nous rappellent que ces parents doivent faire face aux limitations cognitives mais aussi aux répercussions de leurs propres histoires, c'est-à-dire arriver à se détacher de leurs modèles familiaux souvent désastreux, de la stigmatisation qui pèse sur eux. Fablet insiste aussi sur le fait qu'il peut y avoir un cumul des difficultés pour ces parents, donc des difficultés intellectuelles ou cognitives mais aussi des difficultés financières, de logement, une instabilité conjugale, de l'isolement social mais aussi des troubles addictifs comme de l'alcoolisme ou de la toxicomanie.

En 1995, on comptait déjà 13 000 enfants nés de parents avec une déficience et aujourd'hui le nombre de naissances augmente. Cependant, Chatroussat nuance cette augmentation, il convient de l'analyser par le fait que cette parentalité devient plus visible. Cette augmentation de la visibilité s'explique par les enjeux sociaux liés aux enfants, notamment du fait des conséquences néfastes pour les enfants qui sont surveillés par l'État comme nous l'avons précédemment expliqué. Quelques structures sont créées afin de les accompagner, notamment les SAPPH<sup>109</sup> (Service d'Accompagnement à la Parentalité des Personnes en situation de Handicap), comprenant des équipes pluridisciplinaires afin d'accompagner les parents pour le

---

<sup>106</sup> Ethier, L.-S., Biron, C., Boutet, M., & Rivest, C. (1999). Les compétences parentales chez les personnes présentant des incapacités intellectuelles : état de la question. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 19(2), 109-124.

<sup>107</sup> Feldman, M. (2003). Les mères présentant une déficience intellectuelles : une recension des écrits. *Revue des sciences humaines et sociales*, 97.

<sup>108</sup> Milot, É., Turcotte, D., & Tétrault, S. (2015). Représentations sociales et parentalité : Les points de vue des parents présentant une déficience ou une lenteur intellectuelle. *Enfances, Familles, Générations*, 22, 182-205.

<sup>109</sup> Ces services sont différents du DSP (terrain de recherche), puisque celui-ci fait parti d'un foyer d'hébergement et ne comprend que des éducateurs spécialisés pour adultes.

bien-être de leur enfant. Mais aussi, comme nous l'expliquerons dans le chapitre 2, des programmes d'accompagnement associés à des foyers d'hébergement, tel que le DSP (Dispositif de Soutien à la Parentalité), d'une association médico-sociale.

Dans ce premier chapitre, nous avons tenté de montrer comment les formes familiales ont évolué jusqu'à l'apparition de nouvelles conceptions de la famille. Notamment celle de la « parentalité », qui nous informe que le souci éducatif des parents devient central et donc que le bien-être et le devenir de l'enfant sont au centre des préoccupations parentales ainsi que sociétales. Il faut donc bien comprendre que cette surveillance, faite par l'Etat, peut être assimilée à de la pression sociale pour les parents, qui doivent absolument réussir dans leurs rôles parentaux. Cependant, nous avons aussi compris qu'il existe une inégalité dans les compétences parentales, certains parents sont considérés comme étant de moins bons parents. Nous avons constaté que c'était le cas des parents en situation de handicap intellectuel ou une maladie psychique. Les représentations sociales qui pèsent sur leur handicap influencent la conception de la population générale et des professionnels concernant leur parentalité. Ces représentations ont alors mené à la mise en place de structure et de surveillance.

Le but de cette recherche est de comprendre en quoi les représentations sociales négatives et les comportements et attitudes que celles-ci entraînent dans les accompagnements, vont influencer la création ou le maintien de l'identité parentale de ces personnes, c'est-à-dire la « manière dont chacun se définit, s'estime, et se présente en tant que parent »<sup>110</sup>. Précisons que la volonté d'étudier l'identité parentale est un parti-pris de cette recherche. En effet, nous ne voulions pas étudier les difficultés rencontrées par les parents et les conséquences que celles-ci pouvaient avoir sur le développement et le bien-être de l'enfant, comme cela a déjà pu être fait. Donc notre recherche ne traite pas des fonctions parentales en tant que telles mais plutôt de la façon de vivre et de se représenter ces fonctions. Ce choix nous permet d'appréhender de façon subjective le ressenti parental et les effets des représentations sociales sur celui-là.

Nous émettons plusieurs hypothèses pour répondre à notre problématique. Premièrement, nous pensons que les représentations négatives vont influencer les accompagnements, et que

---

<sup>110</sup> Milot, É., Turcotte, D., & Tétreault, S, op.cit., 183.

ceux-ci vont limiter voire dégrader la création ou le maintien de l'identité parentale. Tout d'abord, nous supposons que l'accompagnement peut entraver les désirs et les projets de parentalité. Nous pensons qu'il peut aussi, dans la mesure où les PSH ont des enfants, instaurer une surveillance accrue limitant le sentiment d'être un bon parent et pour finir nous imaginons que cette surveillance peut mener au placement de l'enfant qui conduira à une perte de l'identité parentale. Cependant, nous présumons tout de même que la création de structure d'accompagnement dédiées a permis une évolution des mentalités, de ce fait, les équipes de ces dispositifs ne véhiculent pas des représentations sociales trop négatives sur la situation des parents. Ainsi, cela va permettre un accompagnement laissant des responsabilités aux parents afin qu'ils s'épanouissent dans leur rôle de parent, ce qui semble favoriser l'identité parentale.



## **Chapitre 2 : Méthodes de recherche**

### **I. Présentation du terrain de recherche : Le Dispositif de Soutien à la Parentalité<sup>111</sup>**

#### **A. Création du DSP**

Cette recherche a été menée dans le cadre d'un stage. Ce stage s'est donc déroulé au sein du DSP<sup>112</sup>, c'est-à-dire le Dispositif de Soutien à la Parentalité. Construit entre 2014 et 2016, au sein d'un service d'accompagnement extérieur<sup>113</sup>, rattaché à un foyer d'hébergement (FH<sup>114</sup>), d'une association médico-sociale, se situant en Lozère et comportant 20 établissements médico-sociaux. Ce dispositif a été créé à la suite d'un repérage effectué par les services Enfance Famille, gérés par le conseil départemental, révélant 10 situations de parentalité hors structure ou de personnes ayant rompu leur parcours institutionnel pour mener à terme leur projet de devenir parents. Cependant, d'après ces services, il aurait été nécessaire d'accompagner ces parents dans la construction de leur projet de famille. Étant donné que les foyers d'hébergement ne peuvent accueillir des enfants, auparavant les personnes voulant assouvir leur désir d'enfant, ou enceintes et voulant garder l'enfant, étaient obligées de sortir des établissements, et de rompre leur parcours institutionnel. En accord avec les services départementaux et les dirigeants de l'association médico-sociale, un dispositif expérimental va alors voir le jour au sein du service extérieur, puisque les appartements en extérieur proposés par ce service permettent aux parents et aux futurs parents de sortir de la structure physique des foyers d'hébergement, mais de bénéficier tout de même d'un accompagnement médico-social pour leur nouveau projet de vie. Il va alors se créer un partenariat entre l'association et les services du département, notamment la PMI et l'ASE.

---

<sup>111</sup> Cette partie a été construite grâce à un document écrit par l'Association présentant l'organisation du Dispositif de Soutien à la Parentalité.

<sup>112</sup> Ce sigle sera utilisé pour le reste de cet écrit.

<sup>113</sup> SAE : Service qui propose des logements individuels au coeur de la ville, tout en proposant un accompagnement quotidien, service réservé à des personnes avec orientation FH (Foyer d'hébergement) et ESAT (Etablissements et Services d'Aide par le Travail) avec un bon niveau d'autonomie.

<sup>114</sup> Nous utiliserons ce sigle pour le reste de cet écrit.

## **B. Équipe du DSP**

Depuis début 2021, le DSP possède ses propres bureaux, en suivant toujours le même fonctionnement que le SAE, c'est-à-dire en accompagnant les personnes qui vivent en appartement en ville. Afin que l'équipe soit facilement repérable et que ses missions soient spécifiques aux questions relatives à la parentalité. Le DSP est composé d'un chef de service qui gère l'encadrement des équipes et coordonne les actions socio-éducatives mises en place. L'équipe présente dans les bureaux et auprès du public est constituée de 3 éducateurs spécialisés titularisés ainsi qu'une remplaçante. Ce sont eux qui conçoivent les projets personnalisés, à savoir un contrat signé par l'établissement et la personne accueillie, qui engage à un bon accompagnement de la personne adulte selon ses besoins. Ensuite, afin d'aider certaines personnes dans les actes de la vie quotidienne, pour apprendre les savoirs et les techniques nécessaires à leur autonomie, une TISF<sup>115</sup> à mi-temps, est mandatée par le service.

## **C. Missions et objectifs du DSP**

Dans la volonté d'un accompagnement global pour l'intégralité de la famille, des partenaires prennent en charge le suivi et l'accompagnement des enfants. Ainsi, une des missions principales du dispositif est de créer un réseau de partenaires et de coordonner les actions de chaque partenaire. Ils travaillent notamment avec le département qui gère l'ASE, la PMI, mais aussi avec d'autres professionnels présents dans l'association, comme les psychologues et les équipes sur les ateliers de travail, ainsi que des professionnels hors secteur médico-social, notamment les crèches, écoles ou bibliothèques de la ville.

De plus, les missions du dispositif se dessinent autour de l'accompagnement de 19 personnes en situation de parentalité, qui connaissent un handicap<sup>116</sup>. L'accompagnement se découpe en plusieurs étapes, tout d'abord, ils doivent soutenir et aider les personnes durant la grossesse et à l'arrivée de l'enfant. Ils mettent aussi en place des plans d'action pour le quotidien de la famille, mais aussi en cas de situation dite de « crise », notamment lors d'une rupture ou en

---

<sup>115</sup> Technicien de l'intervention sociale et familiale

<sup>116</sup> Comme indiqué dans le chapitre 1, partie II (p.17-18). Le public ciblé dans cette recherche est porteur de handicap « mentaux », c'est à dire de la déficience intellectuelle ou des maladies psychiques.

cas de mesure de placement. Ils peuvent aussi intervenir dans l'accompagnement à la sortie du dispositif. L'objectif de leur présence est d'anticiper les besoins des usagers, créer un environnement sécurisant pour tous les membres de la famille afin de promouvoir l'autonomie des personnes en développant leurs capacités parentales.

## **II. Outils de recherche**

### **A. Observation**

La période d'immersion sur ce terrain de recherche a duré 210 heures, réparties sur 3 mois. Le premier et principal outil utilisé a été l'observation directe. Luc Van Campenhoudt, Jacques Marquet et Raymond Quivy définissent l'observation directe dans leur *Manuel de recherche en sciences sociales*<sup>117</sup>, comme la méthode « où le chercheur procède directement lui-même au recueil des informations, sans s'adresser aux sujets concernés. Il fait directement appel à son sens de l'observation »<sup>118</sup>. Nous avons choisi la méthode de recherche participante, puisqu'elle permet de capter « les comportements au moment où ils se produisent sans l'intermédiaire d'un document ou d'un témoignage »<sup>119</sup>, cela suppose qu'il faut « étudier un groupe ou une communauté durant une relative longue période, en participant à la vie collective. Le chercheur peut alors saisir les modes de vie de l'intérieur et dans le détail ».<sup>120</sup> Ils expliquent aussi, que les observations faites par les chercheurs peuvent porter sur une infinité de choses différentes, par exemple : « les pratiques collectives, les comportements des acteurs, le fonctionnement des organisations ou la disposition des usagers d'un espace quelconque »<sup>121</sup>. Dans le cadre de notre recherche, nos observations étaient notamment orientées vers le travail effectué par les éducateurs, ainsi que leurs conversations entre eux, avec les usagers ou avec d'autres professionnels. Mais nous avons aussi observé les parents, chez eux, afin d'analyser leur relation avec leurs enfants, la situation de l'enfant, leur logement ... L'objectif premier des observations a été de s'imprégner de l'environnement,

---

<sup>117</sup> Van Campenhoudt, L., Marquet, J.& Quévy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. (5.éd). Dunod.

<sup>118</sup> *Ibid.*, 213.

<sup>119</sup> *Ibid.*, 247.

<sup>120</sup> *Ibid.*, 248.

<sup>121</sup> *Ibid.*, 248.

d'une part mais aussi de collecter des observations non-verbales, qui relèvent donc « des conduites instituées et les codes comportementaux, le rapport au corps, les modes de vie et les traits culturels, l'organisation spatiale des groupes et de la société, etc. »<sup>122</sup>. Afin que les données soient les plus exactes possibles, nous avons utilisé un journal de bord, pour noter tout ce qu'il nous semblait pertinent sur le moment. Ensuite, nous avons procédé à un tri des informations, qui nous a permis de les classer selon nos hypothèses de base, afin de construire nos arguments d'analyse. Il nous semble important de souligner que l'observation, nous a aussi permis de nuancer une de nos hypothèses, puisqu'en effet « un des intérêts de cette méthode est qu'elle permet d'observer des pratiques et comportements imprévus, voire surprenants par rapport à ce qui était attendu par les hypothèses ou pressenti dans les idées préconçues du chercheur »<sup>123</sup>.

## **B. Les entretiens individuels**

Afin de recueillir tout ce qui n'était pas observable sur notre lieu de stage, nous avons mis en place des entretiens. Néanmoins, les guides d'entretien ont été construits grâce aux observations faites au préalable sur le terrain et en fonction des hypothèses que nous avons évoquées plus tôt. Nous avons préparé plusieurs grilles d'entretien, les premières étant à destination des parents (usagers du DSP), les autres en direction des éducateurs présents dans ce même dispositif. Nous avons choisi d'utiliser les entretiens afin de collecter « des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés »<sup>124</sup> qui nous ont permis de répondre à notre problématique.

### **1. Entretiens individuels avec les parents**

Il nous paraissait primordial d'entendre le public cible dans notre recherche, afin de récolter « ses perceptions d'un événement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences »<sup>125</sup>. Nous avons choisi de mener des entretiens semi-directifs, en sélectionnant

---

<sup>122</sup> *Ibid.*, 251.

<sup>123</sup> *Ibid.*, 248.

<sup>124</sup> *Ibid.*, 241

<sup>125</sup> *Ibid.*, 242.

plusieurs grandes thématiques à aborder, mais nous avons aussi préparé et noté des questions plus précises à poser. En effet, suivant la situation psychique dans laquelle se trouvait la personne, il nous fallait pouvoir poser des questions plus claires afin qu'elle puisse comprendre ce qui lui était demandé. L'entretien semi-directif nous permettait donc de laisser l'entretien ouvert, pour « laisser venir l'interviewé afin qu'il puisse parler ouvertement, avec les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient »<sup>126</sup> mais il nous permettait aussi de recentrer la personne quand nous sentions que la thématique lui paraissait floue.

Afin de constituer notre guide d'entretien<sup>127</sup>, nous avons sélectionné 8 grandes thématiques, chacune permettant d'apporter des éléments de réponse à notre problématique. Le premier sujet abordé est leur parcours de vie, à travers ces questions, nous voulions « reconstituer la trajectoire de vie des répondants en vue de saisir comment leurs manières d'appréhender leurs expériences se sont formées et transformées au fil de l'existence et des événements qui la jalonnent »<sup>128</sup>. Le but était donc de savoir notamment quels avaient été leurs modèles familiaux (une famille aimante ou ayant des difficultés, ou placement dès l'enfance...), et depuis combien de temps étaient-ils en institution, afin de comprendre leur positionnement face à certaines questions relatives au placement ou à l'acceptation de l'accompagnement institutionnel par exemple. Ensuite, nous voulions aborder le thème de la relation avec l'enfant et du quotidien en tant que parent, pour connaître leur positionnement en tant que parent selon la situation de garde de l'enfant. Ces questions nous permettaient aussi de savoir si leurs ressentis sur cette situation de parentalité étaient plutôt positifs ou négatifs. Nous abordons, dans le thème de la relation avec l'enfant, la notion de désir d'enfant, afin d'éclaircir les bases sur lesquelles se sont construites cette relation. Le thème suivant, concernant les avis sur le placement de l'enfant (déjà effectif ou éventuel) nous permettait de vérifier nos hypothèses concernant l'influence de celui-ci sur l'identité parentale. Ensuite, aborder les difficultés rencontrées nous permettait par la suite de discuter de leur ressenti concernant l'aide et l'accompagnement mis en place pour étayer leur rôle de parent. L'avant-dernier thème nous permettait de voir s'ils étaient conscients d'être stigmatisés ou discriminés en tant que personne en situation de handicap, mais aussi et surtout en tant que parent. Pour

---

<sup>126</sup> *Ibid.*, 242

<sup>127</sup> Guide d'entretien en annexe (p. 63)

<sup>128</sup> *Ibid.* p.243

finir, nous voulions collecter les apports de la parentalité dans leur vie, notamment en termes de normalité, responsabilité, ce qui s'apparente à leur envie et besoin de s'inclure.

Les 6 personnes interrogées ont été vues une par une dans une pièce isolée afin que la parole soit la plus libre possible, nous avons enregistré les rencontres afin de les retranscrire intégralement<sup>129</sup>. Cependant, nous avons aussi récolté certaines réponses à nos questions durant des rencontres informelles<sup>130</sup>, nous avons profité de discussion autour d'un café ou d'un repas pour poser certaines de nos questions à des parents réticents à l'entretien formel.

## 2. Entretiens individuels avec les professionnels

De plus, pour compléter nos données, nous avons aussi construit un guide d'entretien<sup>131</sup> à destination des professionnels présents dans le dispositif. Ce guide est composé de 6 thématiques, le but principal étant de comprendre leur rôle, leur positionnement et les relations qu'ils entretiennent avec les parents qu'ils accompagnent. Ainsi, les thématiques choisies abordent la gestion du désir de parentalité, les compétences parentales observées (comment les mesurer et comment les améliorer), leur avis sur le placement des enfants, leur regard sur la parentalité ainsi que le regard des autres personnes. Et pour finir, nous voulions aussi aborder les qualités et les défauts qu'ils peuvent trouver au dispositif.

La réalité du terrain nous a empêchés de pouvoir organiser à temps des entretiens avec chacun des éducateurs présents dans la structure. Étant donné que la grille était déjà construite, nous nous sommes servi de celle-ci pour poser des questions aux professionnels dans des temps plus informels. Nous avons donc quand même pu recueillir des informations et des données de la part des professionnels du dispositif.

Il nous paraissait important de corréler les avis des parents et des professionnels, pour obtenir des analyses les plus objectives possibles. Cela consistait aussi à contrôler le biais que peuvent connaître les entretiens avec des personnes avec une déficience intellectuelle. En effet, il nous paraît important de signaler qu'il existe des limites aux entretiens individuels

---

<sup>129</sup> Un exemple de retranscription se trouve en annexe (p.67-69).

<sup>130</sup> Discussion sans enregistrement micro, prise de note sur journal de bord.

<sup>131</sup> Guide d'entretien en annexe (p.65).

avec des personnes présentant une déficience intellectuelle, d'après Guillemette et Boisvert<sup>132</sup>, ils ont tendance à fournir des réponses attendues afin d'en retirer l'approbation de la personne et de la valorisation.

Afin d'analyser au mieux les témoignages de chacun, nous avons retranscrit les entretiens formels, et nous avons pris des notes de tous les témoignages informels. Nous avons ensuite procédé au classement de ces informations en fonction de nos hypothèses afin de les réfuter ou de les confirmer. Nous avons construit une grille d'analyse croisée<sup>133</sup>, pour corréler toutes nos données.

### **C. Les entretiens collectifs**

Nous avons également mis en place des entretiens collectifs avec deux équipes éducatives du foyer d'hébergement, qui constitue un « groupe partageant expériences ou identités communes »<sup>134</sup>, caractéristique essentielle à l'élaboration de ce type d'entretien. Ces éducateurs sont extérieurs au dispositif de soutien à la parentalité, mais restent dans le milieu éducatif, le but est de récolter des avis et des attitudes différentes des professionnels du dispositif (relativement très en faveur à la parentalité de PSH). Ces entretiens de groupe permettront « d'accéder aux sens communs, aux modèles culturels et aux normes »<sup>135</sup>, donc cela peut nous permettre de connaître les représentations sociales sous-jacentes ainsi que leurs attitudes et comportements face à ces questions en foyer d'hébergement<sup>136</sup>. Ces entretiens vont nous permettre de connaître « les prises de position en interactions les unes avec les autres »<sup>137</sup> et donc d'analyser quels sont les avis partagés et les désaccords présents entre les membres des équipes. Mais il sera aussi judicieux d'observer comment les personnes interagissent entre elles, et sur quels sujets elles s'opposent radicalement et au contraire sur quels autres sujets elles peuvent trouver des consensus. L'objectif de ces entretiens est de comprendre comment sont traitées les questions de sexualité et de parentalité dans un foyer d'hébergement, en fonction des avis récoltés sur ces questions et sur la création du dispositif.

---

<sup>132</sup> Guillemette, F., & Boisvert, D. (2003). L'entrevue de recherche qualitative avec des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Recherches qualitatives*, 23, 15-26.

<sup>133</sup> Grille d'analyse en annexe (p.78-81).

<sup>134</sup> Duchesne, S., & Haegel, F. (2009). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien collectif*. Armand Colin. p.38

<sup>135</sup> *Ibid.*, 38

<sup>136</sup> Nous nous servons de ces informations dans notre chapitre 1, partie II-B-1 (p.23-25).

<sup>137</sup> *Ibid.*, 94

Afin d'analyser les données recueillies durant ces entretiens, nous avons procédé à leur retranscription, en essayant de marquer les silences ou les hausses de tons, ou tout critères de communications pouvant être analysés. Ensuite, nous avons créé des items correspondants aux sujets d'accords ou de désaccords des équipes concernant la sexualité ou la parentalité.

Le deuxième entretien collectif a moins bien fonctionné que le premier. Nous avons senti que les avis concernant la parentalité et la sexualité étaient beaucoup moins tranchés et que certaines personnes n'osaient pas prendre la parole. Nous pensons que le fait que la chef de service soit présente, a obligé les personnes à montrer leur bien-pensance à propos de ces questions, qui semble encore très sensible dans le secteur médico-social. Au sortir de cette expérience, un des protagonistes, nous a fait un retour d'expérience, nous expliquant ses craintes à donner son avis devant certaines personnes. Nous avons pu noter toutes les informations données par cette personne en aval de l'entretien, et nous utiliserons ses réflexions pour notre analyse.

### **III. Limites et difficultés de la recherche**

Notre enquête de terrain nous a permis de répondre à notre problématique et de confirmer ou infirmer nos hypothèses, cependant nous relevons quelques limites ainsi que quelques difficultés qui ont affaibli l'efficacité de la recherche.

Premièrement, il faut noter que l'échantillon présent sur notre terrain de recherche est très restreint puisqu'il compte seulement 19 personnes. Il faut ajouter à cela que le fonctionnement en oeuvre dans cette structure est encore expérimental et donc relativement unique. Nous pouvons donc dire que notre terrain de recherche n'est donc pas représentatif de toutes les parentalités en situation de handicap.

La deuxième limite observée concerne les enfants des personnes rencontrées. Étant donné que le dispositif est encore très récent, l'âge des enfants se situe en moyenne en dessous des 5 ans,



nous n'avons pas pu interroger les enfants sur leur situation, ce qui pourrait constituer une piste de recherche intéressante.

Pour finir, nous avons rencontré des difficultés dans notre positionnement afin de ne pas biaiser les données recueillies ainsi que notre analyse. En effet, nous devions être assez proches et faire partie de l'équipe éducative pour observer en interne le fonctionnement de ce dispositif, afin de le comprendre. Mais nous devions aussi ne pas être considérés comme faisant partie intégrante de cette équipe, pour garder notre neutralité auprès des personnes interrogées, pour qu'ils puissent exprimer toutes leurs idées sans crainte qu'elles soient répétées.

## **Chapitre 3 : L'influence des représentations sociales sur l'identité parentale**

Comme précédemment énoncé dans le premier chapitre, selon les chercheurs en psychologie sociale, notamment Denise Jodelet<sup>138</sup> ou Jean-Claude Abric<sup>139</sup>, les représentations sociales concernant un objet, un sujet, un groupe de personnes vont influencer les comportements et attitudes des personnes envers ceux-ci. Nous nous appuyons sur cette idée pour expliquer, dans une première partie, comment les représentations négatives qui pèsent sur les PSH qui sont parents, vont mener à des attitudes dans les accompagnements qui vont influencer négativement les identités parentales, cependant, dans une seconde partie, nous observerons aussi que les changements des mentalités de certains professionnels, qui sont en accord avec la situation de parentalité de ces personnes, vont influencer positivement les identités parentales.

### **I. Identité parentale inexistante ou dégradée : conséquences d'un accompagnement influencé par les représentations négatives**

Nous avons fait l'hypothèse que les représentations négatives influencent de manière négative la création ou le maintien de l'identité parentale pour trois raisons. Premièrement en entravant ou interdisant les projets de devenir parents. Ensuite, nous pensions que les inquiétudes liées aux enfants pourraient provoquer une surveillance accrue des situations de parentalité, ce qui influence négativement le sentiment d'être de bon parent. Et enfin, nous pensions que cette surveillance et ce contrôle peuvent mener au placement de l'enfant, qui selon nous, détruit l'identité parentale.

#### **A. Entrave au projet de parentalité**

En effet, les éducateurs en foyer d'hébergement, à l'intérieur des établissements fermés<sup>140</sup>, ne sont pas directement concernés par la parentalité en tant que tel puisque les FH

---

<sup>138</sup> Jodelet, D, op.cit.

<sup>139</sup> Abric, J, .op.cit.

<sup>140</sup> C'est à dire, les personnes qui ne travaillent pas en service extérieur.

ne disposent pas d'agrément pour accueillir des enfants au sein des établissements. Les rares situations, où ils le sont, sont celles où les personnes viennent du milieu ordinaire et ont été institutionnalisées tard dans leur vie, et ont eu des enfants, déjà majeurs, qui vivent seuls, donc ils ne mettent pas en place de soutien pour cette parentalité. Leurs représentations des situations de parentalité se réduisent donc au sens commun et à leur avis concernant les capacités d'autonomie et des responsabilités réduites des personnes présentes dans leur établissement.

Cependant, nous apprenons durant nos entretiens collectifs, qu'il existe une question en rapport avec la parentalité qui les concerne directement. Du fait de leur très grande proximité avec les usagers, ils sont en première ligne concernant les questions de désirs d'enfant. Ils sont bien souvent les premières personnes au courant, avec le service infirmier. Par exemple, ils sont tenus au courant des changements de contraceptions, c'est-à-dire quand la personne ne souhaite plus l'implant ou le stérilet, jugés plus sûrs. Nous apprenons que « quand on (les éducateurs) a l'info d'un potentiel passage à la pilule, en général, on essaie d'être réactif, de se réunir pour en parler, de vite discuter avec elle »<sup>141</sup>. On observe donc une vigilance accrue concernant les projets de parentalité.

Les éducateurs nous expliquent qu'ils connaissent très bien les capacités et les compétences dans le quotidien des personnes, et cela constitue un élément central dans leur conception d'un projet de parentalité : « ils sont dans un foyer, c'est qu'ils sont pas capables de s'occuper d'eux-mêmes. Donc je vois pas pourquoi on leur confierait un bébé »<sup>142</sup>. Ces représentations d'incapacité d'être assez responsable, couplées avec une inquiétude pour les enfants : « je reviens sur nos inquiétudes par rapport aux enfants, il y aussi le droit de l'enfant et c'est un point important dans notre métier »<sup>143</sup>, cela semble poser un problème dans l'accompagnement au projet de parentalité.

---

<sup>141</sup> Participant B, entretien collectif 1, le 22 mars 2022 ( retranscription en annexe p.70-77)

<sup>142</sup> Participant A, entretien collectif 1.

<sup>143</sup> Participant B, entretien collectif 1.

Pierre Delor, lors d'une des premières conférences données sur la parentalité de PSH<sup>144</sup>, explique que l'accompagnement mis en place va dépendre de la vision des professionnels sur les capacités des personnes et selon la place qu'ils attribuent au PSH dans la société. Étant donné que les éducateurs rencontrés n'imaginent pas que certaines PSH puissent s'occuper d'enfant, il est donc important pour eux de travailler sur ce désir, ils s'inquiètent d'ailleurs que celui-ci augmente du fait de la création du DSP, qui a permis de montrer à tous les usagers qu'un projet de parentalité était possible, sans avoir à quitter l'accompagnement sécurisant. Plusieurs éducateurs s'accordent donc à dire que « le gros du travail, c'est travailler en amont, au lieu de s'occuper de l'enfant une fois qu'il arrive et de ses parents, peut-être s'occuper en premier du désir de maternité »<sup>145</sup>, « Tout le travail est là, en amont du désir, pour éviter les situations compliquées »<sup>146</sup>. Ils nous expliquent alors, et tous semblent d'accord avec ce point de vue, qu'il est important de mettre les personnes « face à la réalité »<sup>147</sup>, parce qu'il y a « plein de questions à se poser, sur les capacités, sur ce que ça veut dire vraiment d'avoir un enfant, qu'est ce que ça incombe en terme de responsabilité, de capacités, parce qu'il faut se décentrer de soi pour s'occuper d'un autre (...) et je mets la personne face à ses fragilités »<sup>148</sup>. On comprend donc que les avis sur les personnes orientent leur façon de discuter du projet de famille. Une autre éducatrice nous explique que c'est important pour elle de dire ce qu'elle pense véritablement du projet, et elle nous explique déjà avoir dit à une personne désirant un enfant : « Tu as le droit de procréer mais moi perso je te sens pas capable d'avoir un enfant »<sup>149</sup>. Ce point de vue est partagé par la majorité des personnes présentes en entretien collectif, cependant une personne pense qu'il est nécessaire de temporiser les choses concernant cet accompagnement pour « ne pas tomber dans un discours eugéniste »<sup>150</sup> parce qu'ils ne peuvent pas faire une sélection de qui peut faire des enfants ou pas.

---

<sup>144</sup> Baelde, P., Coppin, B., Le Cerf, J.-F., & Moureau, B. (1999). *Les parents avec une déficience intellectuelle : Comprendre et accompagner*. [Colloque, Lille, novembre 1997].

<sup>145</sup> Participant C, entretien collectif 1.

<sup>146</sup> Participant D, entretien collectif 2, le 22 mars 2022 ( exemple de retranscription d'entretien collectif en annexe p.70-77)

<sup>147</sup> Participant C, entretien collectif 1.

<sup>148</sup> Participant B, entretien collectif 1.

<sup>149</sup> Participant C, entretien collectif 1.

<sup>150</sup> Participante E, entretien collectif 1.

À ce propos, Chatroussat<sup>151</sup> explique qu'il est préférable pour les personnes de pouvoir entendre ces « vérités » dont les éducateurs parlent, en effet cela permet de ne pas construire des projets de vie qui pourraient nuire à la dignité de la personne, c'est-à-dire une situation de parentalité désastreuse pour l'enfant et pour le parent. Elle ajoute qu'il faut pouvoir créer un accompagnement éthique à la parentalité ou à la non-parentalité, de façon responsable, sans tomber non plus dans l'interdiction du projet de famille. Dans la structure étudiée, l'association a créé, depuis 4-5 ans, un groupe constitué de dirigeants ainsi que de psychologues, nommé le GEP (groupe d'éthique parentalité) afin de traiter des questions de désir. Cependant, ce groupe ne fait pas partie des missions du DSP, nous avons donc eu du mal à cerner sa finalité, et n'avons rencontré personne nous expliquant le fonctionnement précis de ce groupe. De plus, en entretien collectif, on nous explique que cela crée du morcellement dans la pratique et que les usagers peuvent ne pas trouver le lieu adéquat pour parler de leur désir et ainsi les épuiser et les décourager de ce projet.

Chatroussat<sup>152</sup> explique donc que le désir d'être parent reste parfois en suspens, du fait de l'accompagnement. On comprend dans nos entretiens que les équipes éducatives déplacent parfois le désir d'enfant. Pour les situations où les personnes désirent un enfant par manque d'amour, ou pour donner de l'affection, les éducateurs nous expliquent que l'institution propose à ces personnes d'accueillir des animaux : « on a autorisé des personnes à avoir des animaux, pour combler »<sup>153</sup>. À ce propos, il a pu être observé lors d'une rencontre hasardeuse, non loin du lieu de stage, une femme en situation de handicap se promenant avec une poussette où se trouvait, à l'intérieur, deux chats. Ceci montre un désir certain et profond de parentalité, en adoptant des gestes et attitudes réservés aux parents. De plus, par cet acte, cette femme expose aux autres sa volonté d'être mère et montre qu'elle est capable d'adopter des attitudes de mère. Ainsi, par ce biais, elle fait l'expérience de l'identité parentale. C'est une expérience intérieure mais aussi extérieure, puisqu'elle vit cette identité parentale par le regard des autres, qui peuvent s'avérer moqueurs ou jugeants quand ils se rendent compte que

---

<sup>151</sup> Chatroussat, S. (2011). op.cit.

<sup>152</sup> *Ibid.*

<sup>153</sup> Participant E, dans l'entretien collectif 1.

ce sont des chats. Cependant, pour elle, cette expérience peut s'avérer pleine et entière puisqu'elle lui fait ressentir le sentiment d'identité parentale, désiré si intensément<sup>154</sup>.

Aussi, les éducateurs des FH nous expliquent qu'ils travaillent en partenariat avec les psychologues pour aider dans le deuil du « devenir parent ». Durant une rencontre informelle avec un des éducateurs, il nous fait comprendre qu'il serait préférable de ne pas discuter avec des femmes dont le désir « a été contrôlé », pour ne pas « réveiller ce désir et ce projet », ce qui constitue une limite à notre recherche puisque nous n'avons pas pu recueillir les ressentis des personnes ne pouvant pas accéder à une identité parentale. Donc, nous comprenons que la parentalité reste encore inaccessible pour certaines personnes, du fait de l'accompagnement proposé qui ne favorise pas le projet à cause d'une non-confiance de leurs capacités.

## **B. Une parentalité surveillée**

Dans la mesure où les personnes, vivant en foyer d'hébergement, ont concrétisé leur désir de parentalité, ils intègrent le dispositif de soutien à la parentalité, et déménagent dans un appartement en ville.

Comme nous l'avons évoqué dans notre premier chapitre, l'exigence de la société par rapport à l'éducation et au bien-être des enfants est très élevée. Il y a « injonction à être de bon parent »<sup>155</sup>, et la société met tout en oeuvre pour protéger et garantir le bon développement des enfants<sup>156</sup>. Dans le cas de la parentalité en situation de handicap, nous avons pu observer une surveillance et un contrôle très prégnant. Nous supposons que cette surveillance est sous-jacente aux représentations sociales, que nous avons déjà décrites, qui provoque une inquiétude importante pour les enfants. La création du DSP a permis la mise en place d'un suivi très rigoureux des PSH qui deviennent parents, puisqu'à présent elles ne quittent plus les institutions. Cela permet donc aux éducateurs de suivre de près leur parentalité et d'organiser autour d'eux un grand partenariat, avec notamment la PMI et l'ASE, afin de contrôler le bien-

---

<sup>154</sup> Cette analyse constitue une hypothèse, mais n'est pas fondé sur le témoignage de la dit personne, elle a refusé le dialogue.

<sup>155</sup> Martin, C. (2014). « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Presses de l'EHESP.

<sup>156</sup> Damon, J, op.cit.

être et la sécurité des enfants. Il se met alors en place une surveillance accrue de toutes les situations où l'enfant vit au domicile des familles, mais aussi durant la grossesse.

Ainsi, le contrôle du futur bien-être de l'enfant s'exerce très tôt, durant la grossesse avec l'accompagnement d'un maïeuticien de la PMI, puis avec des interventions de TISF ainsi que de puéricultrice au domicile des futurs parents afin de préparer l'arrivée de l'enfant, mais nous comprenons que c'est l'occasion aussi pour les professionnels de jauger et juger les compétences parentales et ainsi prévoir un éventuel placement à la naissance de l'enfant.

Ces présences et cette surveillance sont décrites par certains parents comme intrusives, et constituent une réelle angoisse pour eux, puisqu'ils se sentent dévalorisés par le sentiment de jugement. De plus, ils se sentent dans l'incapacité de montrer qu'ils peuvent être de bons futurs parents en se débrouillant seuls, nous comprenons que cela impacte la façon dont ils s'envisagent parents.

Aussi, quand les parents gardent leur enfant au domicile, les accompagnements se poursuivent puisqu'il y a souvent des mesures d'AEMO décidé par la justice après la naissance de l'enfant, ce qui comporte la visite des TISF, visite médicale à la PMI, des rendez-vous chez des psychologues pour enfants, des visites à domicile de la référente ASE, des visites des éducateurs du DSP, afin d'aider les personnes dans leurs fonctions parentales. Nous pouvons en déduire que parmi les parents du DSP, certains connaissent un sentiment d'évaluation toute leur vie et le nombre de personnes autour d'eux peut les empêcher de se sentir en pleine possession de leur rôle de parent, puisqu'ils peuvent penser qu'ils sont incapables de faire seuls.

Jylte Faureholm, au colloque de Lille<sup>157</sup>, explique que les mesures d'aides mises en place peuvent entraîner un contrôle, qui n'est pas tout le temps facile à vivre pour certaines familles, puisque d'après lui, les parents ont peur que ce suivi ne conduise à un placement de leur enfant. Et, nous observons que cette crainte est bien présente chez certains parents que nous avons rencontrés en entretien. Ils se sentent parfois menacés par le placement : « on nous a jugé (...) c'était affreux. (...) Elle (éducatrice ASE) nous a menacés avec le placement ... et ça m'inquiète tellement. Mais c'est très difficile de me dire tout le temps qu'on peut

---

<sup>157</sup> Faureholm, J. (1999). In : Baelde, P., Coppin, B., Le Cerf, J.-F., & Moureau, B., op.cit.

m'enlever mon enfant. J'imagine souvent que quelqu'un frappe à la porte et me dise qu'il vient prendre mon enfant. C'est horrible et c'est pas envisageable »<sup>158</sup>.

La notion de jugement nous paraît être importante dans le cas de ces parentalités surveillées. Premièrement, nous pensons que le jugement négatif, faisant souvent référence à leur handicap, va entacher la relation du parent avec son enfant. Nous avons rencontré un père, qui nous raconte parfaitement comment le sentiment d'avoir été jugé à cause de son handicap, a mené à des difficultés dans son rôle de père :

« Il (un éducateur, venu en VAD<sup>159</sup>) m'a dit qu'il allait appeler la DAS<sup>160</sup> pour qu'il m'enlève mon enfant Et là, j'ai compris, et je me suis dis « en faite, je suis une grosse merde, une grosse merde d'handicapé qui est pas capable d'avoir un enfant. (...) Je me suis senti jugé et discriminé, c'était terrible et violent (...) je l'ai compris comme ça, que je n'étais pas capable (...) Et cette phrase de l'éducateur, ça m'avait cassé, je voulais plus du tout l'accueillir (son fils) chez moi, j'étais en crise de panique. Je l'ai vraiment cru quand il a dit que je serai incapable, ça m'a retourné le cerveau (...) alors c'est pour ça que j'ai demandé le placement »<sup>161</sup>.

Cela nous semble être un bon exemple de l'influence de la stigmatisation sur l'estime de soi et donc sur la création de l'identité parentale. De plus, on remarque ici, que le jugement provenant d'un éducateur a induit l'attitude de l'utilisateur, comme si celui-ci s'était ajusté sur l'avis du professionnel, comme l'explique Goffman dans *Asiles*<sup>162</sup>, les usagers calquent leurs attitudes sur les attentes des professionnels.

De plus, le sentiment d'être jugé et perçu négativement va aussi entraver les relations d'aide, d'après les travaux Milot<sup>163</sup> mais aussi ceux de Euillet<sup>164</sup>. La participante 3 à nos entretiens<sup>165</sup>

---

<sup>158</sup> Participant 5, entretien individuel, le 23 mars 2022 (exemple de retranscription en annexe p.67-69)

<sup>159</sup> Visite à domicile.

<sup>160</sup> Ancienne appellation utilisée pour désigner l'ASE.

<sup>161</sup> Participant 4, entretien individuel, le 22 mars 2022. (Retranscription p.67-69 ).

<sup>162</sup> Goffman, E, op.cit.

<sup>163</sup> Milot, É., Turcotte, D., & Tétreault, S, op.cit.

<sup>164</sup> Euillet, S., & Zaouche-Gaudron, C. (2008). Des parents en quête de parentalité. Sociétés et jeunesses en difficulté. *Revue pluridisciplinaire de recherche*, n°5.

<sup>165</sup> Entretien individuel 3 effectué le 17 mars 2022.



(une des mères du DSP), nous explique que depuis l'IP<sup>166</sup>, qui a mené à un placement temporaire de son enfant (elle a récupéré son enfant à son domicile depuis peu), elle nous explique qu'elle a perdu confiance, et qu'elle « n'ose plus faire appel à de l'aide », de peur « d'être jugée » et que la situation ne se reproduise : « J'ai totalement perdu confiance. J'ai peur d'être jugé, d'être jugé de mal faire. Ça m'a vraiment mis une carapace ».

Le sentiment de jugement peut aussi venir des proches des personnes : « on (la famille) m'a tout le temps dit que j'étais une mère indigne, que je ne savais pas m'occuper de ma fille, même que je n'aurais pas dû avoir d'enfant en faite »<sup>167</sup>. Zribi<sup>168</sup> explique que la construction des identités personnelles est influencée par la mauvaise perception des autres, dans ce cas précis, les avis négatifs sur ces compétences parentales vont venir entacher le sentiment d'être une bonne mère et donc son identité parentale. De plus, on comprend aussi que les modèles familiaux ainsi que les expériences en tant qu'enfant influencent cette peur du placement. Un grand nombre des parents accueillis par le DSP ont connu des situations familiales difficiles et ils sont nombreux à avoir personnellement été placés en foyer ou en famille d'accueil. Toutes les personnes rencontrées disant avoir peur du placement, nous expliquent qu'ils ne veulent pas faire revivre à leur enfant ce qu'ils ont déjà vécu, puisque leur propre placement constitue un traumatisme.

### **C. Parents en quête d'identité parentale**

Étant donné que les situations de parentalité connaissent une surveillance accrue, quand celles-ci paraissent dangereuses pour les enfants, les intervenants sociaux peuvent faire remonter une information préoccupante à l'ASE, afin qu'un accueil de l'enfant dans une famille puisse être mis en place. Parmi les enfants des parents du DSP, 6 sur 11 ont déjà connu une mesure de placement, dont un qui vit désormais chez ses parents et une autre qui a été confié à des personnes dignes de confiance (ses grands-parents), les autres enfants vivent dans des familles d'accueil.

---

<sup>166</sup> Information préoccupante, qui constitue une alerte envoyée à l'ASE pour signaler un enfant en danger.

<sup>167</sup> Participante 1, entretien individuel, le 16 mars 2022.

<sup>168</sup> Zribi, G., & Sarfaty, J, op.cit.

Durant nos rencontres avec les parents, nous avons discuté de leurs ressentis vis-à-vis du placement de leur enfant. Pour la plupart, celui-ci a été vécu comme un traumatisme. Ils racontent que cela a été « violent d'être arraché à son enfant »<sup>169</sup>, souvent à la maternité, quelques jours après la naissance. La majorité des parents expriment de la colère et de la déception à la suite de la décision. Nous notons que pour la plupart, la cause du placement reste inconnue, cette observation a aussi été faite dans les travaux de Milot et ses collaborateurs<sup>170</sup>, qui insistent en expliquant que l'incompréhension pose des difficultés pour accepter la décision de justice. Selon les professionnels rencontrés, certains parents ne comprennent pas le placement parce qu'ils sont dans le déni de leur pathologie et ainsi des difficultés qu'elles posent.

D'après, les études de Séverine Euillet<sup>171</sup>, la séparation avec l'enfant à la décision d'un placement impacte la parentalité ainsi que l'identité parentale de toutes personnes<sup>172</sup>, pour plusieurs raisons. D'après elle, la décision a des répercussions sur l'estime de soi des parents, de façon encore plus importante que le sentiment de surveillance. En effet, ils se sentent dévalorisés dans leur rôle de parent. Ses résultats montrent qu'ils ont le sentiment de ne pas être reconnu en tant que parent. Tout cela va entraîner un sentiment d'incapacité à s'occuper de son enfant, et souvent ils pensent que la situation de suppléance parentale<sup>173</sup> ne va pas les aider à se sentir meilleurs parents. Dans le cas où ils auraient ce sentiment, Euillet ajoute que cela peut entraîner une démission de leur part. Enfin, un troisième problème s'impose aux parents dans une situation de placement : la rivalité avec les personnes qui prennent désormais soin de l'enfant, et qui occupe une position de référent pour lui. Nous pouvons noter que cette rivalité impacte aussi l'estime de soi du parent, et cela entraîne aussi un sentiment de perte de lien avec son enfant.

Lors de nos entretiens, nous remarquons que les parents ont, eux aussi, été blessés dans leur rôle, au moment de la décision du placement. Cela est d'autant plus marqué quand il y a aussi décision de suspension des droits parentaux (de l'autorité parentale), qui correspond à une

---

<sup>169</sup> Rencontre informelle avec une mère, le 17 mars 2002.

<sup>170</sup> Milot, É., Turcotte, D., & Tétreault, S, op.cit.

<sup>171</sup> Euillet, S., & Zaouche-Gaudron, C, op.cit.

<sup>172</sup> L'échantillon dans cette étude ne présente pas de PSH.

<sup>173</sup> C'est à dire quand l'enfant est confié à un tiers pour prendre soin de lui.

perte temporaire de pouvoir de décision sur l'enfant, et ce même si le parent peut voir son enfant, en présence d'un tiers et créer une relation avec celui-ci. Lors de nos entretiens, nous comprenons que cela constitue un sentiment d'inutilité chez le parent concerné :

« J'ai vraiment aucun droit parental, j'ai juste des droits de visite, mais pour toutes les décisions à prendre, je ne peux rien faire sans mes parents. Je ne peux prendre aucune décision (il a les larmes aux yeux). Et c'est vraiment contraignant (...) je ne peux jamais agir seul. (...) je ne peux pas la protéger quoi. Ça me limite beaucoup quand même ... »<sup>174</sup>.

Toutefois, toutes les personnes n'ayant plus la garde de leur enfant depuis plusieurs mois ou années désormais, mais qui conserve l'autorité parentale, au moment de l'entretien, nous racontent ne plus ressentir ces attaques à leurs compétences parentales et ils expliquent que, grâce à l'accompagnement éducatif du DSP, ils arrivent à créer du lien avec leur enfant et à se sentir parents.

## **II. Un nouvel accompagnement pour favoriser l'identité parentale**

Nous remarquons alors dans notre recherche que les situations de placement peuvent s'avérer bénéfiques pour l'identité parentale, et cela constitue une hypothèse que nous n'avions pas envisagée avant notre stage. Nous allons tenter d'expliquer, dans une première partie, comment cette situation, pourtant imaginée comme désastreuse pour le parent, peut lui être bénéfique. Ensuite, nous présenterons la situation que nous jugeons la plus avantageuse pour l'identité parentale : le sentiment de responsabilité quand l'enfant vit au domicile des parents.

### **A. Le placement bénéfique**

Comme nous venons de l'expliquer, la dégradation de l'identité parentale est poignante au moment de la décision du placement des enfants. Cependant, nous nous sommes

---

<sup>174</sup> Participant 2, entretien individuel, le 17 mars 2022.

aussi aperçus durant notre recherche que le placement pouvait aussi être vécu différemment sur le long terme. Plusieurs parents, n'ayant plus la garde, nous ont raconté, en entretien individuel, que cela ne constituait plus un problème pour eux, grâce à l'accompagnement de l'équipe éducative du DSP, qui se positionne en faveur de la parentalité des personnes en situation de handicap et qui essaie au maximum de les aider dans leur épanouissement en tant que parents. Ainsi, nous remarquons que les éducateurs s'efforcent de leur faire accepter le placement, qu'ils les encouragent à le vivre comme une chance de créer une relation différente. Une éducatrice nous explique que cela peut leur permettre de « ne pas vivre un quotidien avec toutes les contraintes que ça implique » et que cela peut permettre aux parents de « voir évoluer son enfant positivement »<sup>175</sup>.

Donc, dans le cas où les personnes connaîtraient de trop grandes difficultés dans les actes de la vie quotidienne, il est bénéfique, d'abord pour l'enfant mais aussi pour ses parents, de se séparer de celui-ci, pour créer une relation saine avec l'enfant en visite médiatisée. En effet, tous les parents que nous avons rencontrés ont obtenu un droit de visite, ce qui nous informe que la volonté de toujours garder un lien entre les parents et les enfants est aussi respectée dans le cas où les parents seraient en situation de handicap. Selon nous, cela caractérise une évolution des mœurs importante concernant cette parentalité, qui pourtant auparavant était complètement impensée.

Afin que les parents aient le plus d'interactions possibles avec leur enfant, l'équipe du DSP accompagne les parents à être présents à toutes les visites. Ils mettent en place des moyens matériels, c'est-à-dire qu'ils les transportent ou accueillent les visites dans les locaux du DSP, afin que les parents et l'enfant puissent créer des liens. À ce propos, une mère nous explique : « C'est vrai que je suis restée pas mal de mois sans la voir, mais depuis que je suis au DSP, je ne loupe pas un seul rendez-vous avec elle. Donc ça a créé des liens encore plus forts »<sup>176</sup>. Elle précise que l'étayage par l'équipe du DSP la « pousse à devenir une mère et à me sentir capable (...) et ici (au DSP), on ne me regarde pas comme une mère pas capable, alors ça m'aide. Et puis je crois qu'ils sont pas là pour me juger »<sup>177</sup>. Nous observons donc une

---

<sup>175</sup> Discussion informelle avec une éducatrice, le 14 mars 2022.

<sup>176</sup> Participante 1, entretien individuel, le 16 mars 2020.

<sup>177</sup> *Ibid.*

différence considérable entre les idées des éducateurs rencontrés sur le dispositif et les représentations sociales souvent rattachées aux parents en situation de handicap. Toutes les personnes faisant partie du DSP, considèrent que la procréation et la parentalité est un droit commun, et qu'il est normal qu'une PSH puisse concrétiser son projet de famille, avec un accompagnement adapté. L'absence de représentations sociales négatives semble aider les parents à développer leur parentalité et donc à se sentir parents, même dans la situation où ils n'ont pas la garde de leur enfant.

Les personnes, qui connaissent une mesure de placement, ont donc le sentiment de conserver leur rôle de parent, cependant ils doivent le partager avec d'autres personnes qui prennent soin de leur enfant. Les parents rencontrés expliquent, qu'au début, cela pose un véritable problème de rivalité, comme évoqué plus tôt, d'après les travaux d'Euillet<sup>178</sup>. Mais, cette rivalité semble s'estomper pour laisser la place à une sorte de cohabitation : « au début, je ne pouvais pas me la voir. Je me disais : « ça y est, elle m'a pris ma fille, elle me prend mon rôle de maman ». Mais je me suis aperçue qu'elle n'était pas là pour ça et que je gardais mon statut de maman, et ma relation avec ma fille »<sup>179</sup>. On peut donc en conclure qu'il existe plusieurs façons de se sentir parent. En effet, la parentalité est considérée, en occident, comme un travail quotidien pour prendre soin de son enfant, et lui apporter la meilleure éducation. Mais dans le cas présent, les parents n'exercent pas leurs fonctions tous les jours, à l'inverse des familles d'accueil. Cependant, ils gardent l'autorité parentale qui, nous le rappelons, semble primordiale pour la création de l'identité parentale. Pour illustrer, notre propos, nous pouvons reprendre les travaux en anthropologie d'Esther Goody<sup>180</sup>, qui a expliqué comment des parents africains laissaient leur enfant à une autre famille pendant plusieurs années, tout en conservant leur statut de parent, puisque les enfants revenaient ensuite au domicile familial.

Cela suppose qu'il existe donc une forme de subjectivité du rôle de parent, et qu'il est possible pour certaines personnes de « se sentir parent qu'à quart-temps »<sup>181</sup> d'après une éducatrice en entretien collectif. Il nous paraît important de souligner que ce point de vue a

---

<sup>178</sup> Euillet, S., & Zaouche-Gaudron, C, op.cit.

<sup>179</sup> Participante 1, entretien individuel.

<sup>180</sup> Goody, E, op.cit.

<sup>181</sup> Participant B, dans l'entretien collectif 1.

constitué un profond désaccord entre plusieurs professionnels rencontrés, qui pensaient que pour le bien de l'enfant, le parent doit « exercer son rôle à 100%, sinon rien »<sup>182</sup>.

Les décisions de mesures de placement chez les familles avec un handicap mental ou une maladie psychique sont répandues, encore plus chez des personnes ne se trouvant plus en établissement. D'après des éducateurs de foyer d'hébergement, quand ils croisent des personnes, qui dans le passé étaient en FH, et qui sont désormais parents et en dehors des institutions, ils sont heureux même quand leur enfant se trouve en famille d'accueil : « ils sont contents parce qu'ils sont toujours dans cette normalité, ils vont voir leur enfant »<sup>183</sup>, « C'est le cursus normal pour eux »<sup>184</sup>. Il se pourrait donc que pour certaines personnes avec une déficience intellectuelle, la situation de placement ne présente pas de difficulté dans l'élaboration de leur identité parentale parce qu'il est courant que leurs enfants soient accueillis par d'autres familles, et qu'il leur suffit d'avoir procréé et de rendre visite avec leur enfant, pour se sentir parent.

### **B. Garde de l'enfant : sentiment de responsabilité parentale**

La mesure de placement ne semble pas toujours être une situation désastreuse pour les parents, contrairement à ce que nous avons pu imaginer en amont de la recherche. Cependant, comme nous nous y attendions, le sentiment de responsabilité parentale entière, c'est-à-dire quand les parents gardent leur enfant au domicile familial, constitue la meilleure situation pour maintenir une bonne identité parentale. Certains parents, nous ont confiés que le sentiment de devenir parent était étroitement lié à celui d'avoir des responsabilités, par exemple, une maman nous explique qu'elle s'est sentie maman « quand on m'a laissé un peu plus de liberté avec ma fille, là je me suis sentie maman, quand j'avais plus de responsabilités quoi »<sup>185</sup>. Un père, quant à lui, nous explique fièrement qu'il se sent vraiment papa, et qu'il adore être un papa parce que son fils vit sous son toit : « il vit sous mon toit, sous ma responsabilité ! »<sup>186</sup>. De plus, le terme de « toit », reprend celui de « maison » ou

---

<sup>182</sup> Participant A, dans l'entretien collectif 1.

<sup>183</sup> Participant C, dans l'entretien collectif 1.

<sup>184</sup> *Ibid.*

<sup>185</sup> Participante 1, entretien individuel.

<sup>186</sup> Participant 5, entretien individuel.

« maisonnée », qui constitue, selon Bourdieu<sup>187</sup>, une constellation de mots pour définir la norme de la famille, cela suppose donc que la cohabitation est une des représentations de la famille unie et normale. Il semble donc que la garde de l'enfant au domicile s'apparente à une forme de norme. Cela suppose donc que l'identité parentale est très bonne étant donné que le parent s'occupe de son enfant, et que cela permet d'acquérir un statut de normalité. En ce sens, un père nous dit : « je suis comme tous les autres moi, maintenant, je suis en couple, j'ai mon appart en ville et mon garçon, parfait quoi ! »<sup>188</sup>.

Tout comme dans les travaux de Séverine Euillet<sup>189</sup>, nous remarquons que les personnes qui se sentent en confiance dans leur rôle de parent, qui ne souffrent pas du regard évaluateur acceptent beaucoup plus l'aide et l'accompagnement de l'équipe du DSP, ainsi que des partenaires départementaux. Les parents nous expliquent faire appel à eux, parfois quand ils se retrouvent en difficulté avec leur enfant (blessures, chute ...), ou dans une situation inhabituelle ou stressante (préparation d'un accouchement), notamment pour être conseillé et rassuré. En effet, demander de l'aide suppose de montrer ses failles et ses vulnérabilités, cela implique donc que la personne ait assez confiance en elle et en les professionnels, pour ne pas craindre de répercussions sur sa situation de garde.

Mais il semble que cela soit important pour eux de se débrouiller seuls pour tous les autres actes de la vie quotidienne, pour montrer qu'ils sont de bons parents : « ils savent qu'on se débrouille, donc ils nous laissent nous débrouiller »<sup>190</sup>. En ce sens, les éducateurs du dispositif nous expliquent qu'ils se dépeignent comme une présence rassurante mais qu'ils doivent aussi arriver à ne pas être trop présent, qu'ils doivent « conseiller mais ne pas faire à leur place »<sup>191</sup>.

Leur rôle consiste aussi à aider les parents à accepter les aides à domicile (TISF) afin qu'ils développent leurs compétences parentales à leur domicile pour tous les actes de la vie quotidienne (tâches ménagères, cuisine, soins de l'enfant). De plus, d'après Zribi<sup>192</sup> la réussite de la parentalité dépend de grand nombre de facteurs, il est donc important de prendre

---

<sup>187</sup> Bourdieu, P, op.cit.

<sup>188</sup> Participant 5, entretien individuel.

<sup>189</sup> Euillet, S., & Zaouche-Gaudron, C, op.cit.

<sup>190</sup> Participant 5, entretien individuel.

<sup>191</sup> Discussion informelle avec une éducatrice du DSP.

<sup>192</sup> Zribi, G., & Sarfaty, J, op.cit.

en considération tout l'environnement social de la famille. Ainsi comme Déchaux<sup>193</sup>, nous pouvons dire que l'accompagnement éducatif, avec l'aide de la TISF, sur tous les aspects de la vie des usagers leur permet de prendre en compte tous ces facteurs pour mettre en place un accompagnement le plus en adéquation possible avec leurs besoins.

De plus, les éducateurs ont pour volonté de les accompagner à se défaire de leurs modèles familiaux. Comme nous l'avons évoqué, la majorité des personnes accueillies au DSP ont connu une enfance difficile : parents malades ou qui présentent une addiction, placement très jeune, violence (physique, morale, sexuelle), difficultés financières. Ces souffrances passées peuvent constituer une des causes de leurs pathologies ou déficiences (par exemple une sous-stimulation peut provoquer un retard développemental et donc une déficience intellectuelle). Claude Martin<sup>194</sup>, en reprenant la théorie de Bourdieu sur la reproduction sociale<sup>195</sup>, explique que chaque personne est imprégnée d'un « modèle éducatif », hérité de sa socialisation primaire. Cependant, d'après lui, les personnes peuvent reproduire ce modèle ou bien s'en émanciper. Nous comprenons donc que la volonté des professionnels autour des parents est de leur permettre de s'en défaire, pour ne pas que les enfants connaissent des souffrances similaires qui pourraient les handicaper dans leur vie future.

Nous remarquons donc que la création du DSP, permet la construction et le maintien de l'identité parentale d'un certain nombre de parents, grâce à un accompagnement qui est moins biaisé par des représentations sociales négatives. Mais, nous pensons également que le fonctionnement du dispositif, ouvert vers l'extérieur, influence de manière positive le sentiment d'être un parent. En effet, du fait qu'ils vivent seuls en appartement, dans la ville, ils doivent se débrouiller seuls, en autonomie. Nous notons que cela peut aussi créer des liens d'entraide entre les membres du DSP. Nous avons pu observer lors d'une sortie à la bibliothèque (unique moment où nous les avons vus tous ensemble), réservée aux usagers du dispositif, des liens d'amitié entre les usagers. Ils n'exercent aucun jugement visible entre eux, ils exercent un rôle de « compatissant »<sup>196</sup>. Ceci s'explique par le partage d'un stigmate

---

<sup>193</sup> Déchaux, J.-H, op.cit.

<sup>194</sup> Martin, C, op.cit

<sup>195</sup> Bourdieu, P., & Passeron, J.-C, op.cit.

<sup>196</sup> Goffman, E, op.cit.



commun, qui les lie et les unit. De plus, leur identité de parents leur permet d'intégrer ce groupe, qui n'est plus seulement constitué de personnes en situation de handicap, comme ils ont davantage l'habitude en vivant depuis longtemps en institution. Donc, la création de ce dispositif a permis de regrouper tous les usagers parents en un groupe liés par des attributs et caractéristiques communes, leur handicap, et leur rôle de parents. Ce qui constitue, selon nous, une aide précieuse pour le développement de leur parentalité.

## Conclusion

Notre objet d'étude comprend une hétérogénéité des situations. En effet, chaque famille, chaque parent, chaque enfant et chaque pathologie étant différents, cela rend difficile l'élaboration d'une conclusion unique. Nous avons tout de même pu confirmer certaines de nos hypothèses concernant un effet néfaste pour l'identité parentale du fait d'un accompagnement influencé par des représentations négatives. Notamment dans les situations où les prises en charge dans les institutions vont contrôler le désir d'enfant et donc le projet de parentalité. De plus, nous avons aussi observé que le contrôle et la surveillance, des situations de garde de l'enfant, par les services départementaux, poussés par une crainte concernant les compétences des parents et une inquiétude pour les enfants, avait un effet néfaste sur leur ressenti de bons parents. Cependant, notre hypothèse concernant un soutien apporté par des personnes n'ayant pas d'aprioris négatifs sur la parentalité des PSH pouvait leur permettre de s'épanouir dans leur projet, et ce même quand l'enfant bénéficie d'une mesure de placement, situation que nous pensions, à l'inverse, coupable de la destruction de l'identité parentale.

En outre, nous observons qu'il existe un point commun entre toutes les personnes rencontrées. Leur projet de parentalité était un projet de vie souvent imaginé et fantasmé depuis longtemps. Tous s'accordent à dire que le rôle de parent les a fait évoluer, déjà en terme d'autonomie, mais ils se sentent aussi plus responsables. Cela s'accompagne donc de reconnaissance sociale, principalement de la part des éducateurs, qui observent eux aussi ces transformations.

En effet, nous comprenons que dans la volonté de fonder une famille, se cache celle d'être « comme tout le monde »,<sup>197</sup> d'acquiescer un statut se rapprochant de la norme. Ainsi, une de leur représentation clé de la normalité est l'image de l'appartement en extérieur, du couple et de l'enfant. Nous pensons donc qu'ils désirent devenir parent, posséder une bonne identité parentale pour pouvoir gommer leur identité stigmatisée. En effet, d'après Goffman<sup>198</sup>, l'identité sociale est construite à partir d'attributs que possèdent les individus, et si un de ces attributs se distingue par sa différence alors cela constitue le stigmate. La construction de l'identité parentale peut permettre de masquer le stigmate et ainsi de se défaire aussi de

---

<sup>197</sup> Participant 5, entretien individuel.

<sup>198</sup> Goffman, E, op.cit.

l'identité d'utilisateur<sup>199</sup> des PSH institutionnalisés depuis longtemps, construite en fonction des représentations sociales qui pèsent sur leur groupe. Le DSP offre une possibilité d'inclusion, en procurant la liberté à ces personnes d'accéder à leur parentalité, mais aussi en leur permettant de vivre en milieu extérieur.

---

<sup>199</sup> Faureholm, J. (1999). In : Baelde, P., Coppin, B., Le Cerf, J.-F., & Moureau, B, op.cit.

## **Bibliographie**

- Abric, J.-C. (2003). De l'importance des représentations sociales dans les problèmes de l'exclusion sociale. Dans : Jean-Claude Abric éd., *Exclusion sociale, insertion et prévention* (pp. 11-19). Érès. <https://doi-org.ezpupv.scdi-montpellier.fr/10.3917/eres.abric.2003.02.0011>
- Algava, É., Bloch, K., Robert-Bobée, I. (2021). *Les familles en 2020 : 25% de familles monoparentales, 21% de familles nombreuses*. Insee Focus, n°249. [https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681#tableau-figure1\\_radio1](https://www.insee.fr/fr/statistiques/5422681#tableau-figure1_radio1)
- Ariès, P. (1975). *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*. Seuil.
- Baelde, P., Coppin, B., Le Cerf, J.-F, & Moureau, B. (1999). *Les parents avec une déficience intellectuelle : Comprendre et accompagner*. [Colloque, Lille, novembre 1997].
- Bec, E. (2017, mars). Handicap psychique et parentalité : Exercice de la parentalité par des personnes en situation de handicap psychique. CREA-ORS Occitanie. [https://creaiors-occitanie.fr/revues\\_litterature/handicap-psychique-et-parentalite-exercice-de-la-parentalite-des-personnes-en-situation-de-handicap-psychique/](https://creaiors-occitanie.fr/revues_litterature/handicap-psychique-et-parentalite-exercice-de-la-parentalite-des-personnes-en-situation-de-handicap-psychique/)
- Bellamy, V. (2016). 123 500 divorces en 2014, des divorces en légère baisse depuis 2010. *Insee Première*, n°1599. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121566#tableau-figure1>
- Blanc, A. (2001). « La communauté sans cesse recomposée : les personnes handicapées en établissements spécialisés ». In : Amourous, C., Blanc, A., & Peuchlestrade, G. (Éds.). (2001). *Erving Goffman et les institutions totales*. L'Harmattan.
- Blanc, A. (2015). *Sociologie du handicap*. Armand Colin.
- Boisson, M. (2008). Petit lexique contemporain de la parentalité: Réflexions sur les termes relatifs à la famille et leurs usages sociaux. *Informations sociales*, 149, 8-15. <https://doi.org/10.3917/inso.149.0008>
- Bonald de, L. (1859). *Oeuvres complètes*. Migne
- Bourdieu, P., & Passeron, J.-C. (1970). *La Reproduction. Éléments d'une théorie du système d'enseignement*. Les éditions de Minuit.

- Bourdieu, P. (1993). À propos de la famille comme catégorie réalisée. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 100(1), 32-36. <https://doi.org/10.3406/arss.1993.3070>
- Bowlby, J. (1978). *Attachement et perte, vol 1. L'attachement*. PUF.
- Castel, R. (1981). *La gestion du risque, de l'anti-psychiatrie à l'après-psychoanalyse*. Les éditions de Minuit.
- Chatroussat, S. (2011). La parentalité des personnes déficientes intellectuelles : Entre stigmatisation et intégration. *Dialogue*, 194, 57-67.
- Cicchelli-Pugeault, C., & Cicchelli, V. (1998). *Les théories sociologiques de la famille*. Découverte.
- Comte, A. (1995). *Cours de philosophie*, in *Leçons de sociologie*. Flammarion
- Coppin, B. (2019). Des capacités impensées. *L'école des parents*, 630, 39-41. <https://doi.org/10.3917/epar.630.0039>
- Crocq, M.-A., Guelfi, J. D., & American Psychiatric Association. (2016). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.
- Damon, J. (2018). *Les politiques familiales*. Presses Universitaire de France. <https://www-cairn-info.ezpupv.scdi-montpellier.fr/les-politiques-familiales--9782130813651.htm>
- Déchaux, J.-H. (2009). *Sociologie de la famille* (Nouvelle éd). La Découverte
- Duchesne, S., & Haegel, F. (2009). *L'enquête et ses méthodes : L'entretien collectif*. Armand Colin.
- Durkheim, E. (1888). « Introduction à la sociologie de la famille », In *Textes.3 Fonctions sociales et institutions*. Edition de Minuit.
- Durkheim, E. (1898). Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphysique et de Morale*. Tome VI
- Durkheim, E. (1921). « La famille conjugale », cours de 1892. In : *Textes 3. Fonctions sociales et institutions*. Les Éditions de Minuits. 35-59.

- Ethier, L.-S., Biron, C., Boutet, M., & Rivest, C. (1999). Les compétences parentales chez les personnes présentant des incapacités intellectuelles : état de la question. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 19(2), 109-124.
- Euillet, S., & Zaouche-Gaudron, C. (2008). Des parents en quête de parentalité. Sociétés et jeunesses en difficulté. *Revue pluridisciplinaire de recherche*, n°5. <https://journals.openedition.org/sejed/2703#tocto2n1>
- Fablet, D. (2010). *De la suppléance familiale au soutien à la parentalité*. l'Harmattan
- Feldman, M. (2003). Les mères présentant une déficience intellectuelles : une recension des écrits. *Revue des sciences humaines et sociales*, 97.
- Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en : Il n'y a pas de vie minuscule*. Érès.
- Goody, E.-N. (1983). Parenthood and social reproduction. Fostering and occupational roles in West Africa. *L'Homme* 23(1), 153-155. [www.persee.fr/doc/hom\\_0439-4216\\_1983\\_num\\_23\\_1\\_368352](http://www.persee.fr/doc/hom_0439-4216_1983_num_23_1_368352)
- Goffman, E. (1968). *Asiles : Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Les Éditions de Minuit.
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Les Éditions de Minuit.
- Guillemette, F., & Boisvert, D. (2003). L'entrevue de recherche qualitative avec des adultes présentant une déficience intellectuelle. *Recherches qualitatives*. 23, 15-26.
- Hatchuel, F. (2019). Parentalité, in *Dictionnaire de sociologie clinique* (p.455-458). Érès.
- Héritier, F. « Famille - les sociétés humaines et la famille », *Encyclopædia Universalis*. <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/famille-les-societes-humaines-et-la-famille/>
- Herzlich, C. (1996). *Santé et Maladie, analyse d'une représentation sociale*. Éditions de l'École des hautes Études en Sciences Sociales.
- Houzel, D. (1999). *Les enjeux de la parentalité*. Érès
- Jeannière, A., & Singly, F (DE). « Famille - Évolution contemporaine », *Encyclopædia Universalis*. <http://www.universalis-edu.com/encyclopedie/famille-evolution-contemporaine/>

- Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales* (7.éd). Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2003). Représentations sociales de la maladie mentale et insertion des malades mentaux. In : Abric, J.-C. (2003). *Exclusion sociale, insertion et prévention* (p.97-113). Érès
- Korff-Sausse, S. (2010). Filiation fautive, transmission dangereuse, procréation interdite. L'identité sexuée de la personne handicapée : une pièce en trois actes. Dans : Régine Scelles (éd.), *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle* (pp.43-60). Érès.
- Le Play, F. (1879). *La Méthode sociale. Abrégé des Ouvriers européens* (2 éd). Méridiens-Klincksieck
- Lévi-Stauss, C. (1986). « Préface », in Bruguière, A., Klaspisch-Zuber, C., Segalen, M., Zonabend, F. *Histoire de la famille, tome 1*. Armand Colin. p.9-13.
- Martin, C. (2003). *La parentalité en questions : Perspectives sociologique*. Rapport pour le Haut conseil de la Population et de la Famille. <https://www.vie-publique.fr/rapport/26121-la-parentalite-en-questions-perspectives-sociologiques-rapport-pour-l>
- Martin, C. (2014). « Être un bon parent » : une injonction contemporaine. Presses de l'EHESP.
- Milot, É., Turcotte, D., & Tétreault, S. (2015). Représentations sociales et parentalité : Les points de vue des parents présentant une déficience ou une lenteur intellectuelle. *Enfances, Familles, Générations*, 22, 182-205. <https://doi.org/10.7202/1031124ar>
- Neyrand, G. (2001). Mutations sociales et renversements des perspectives sur la parentalité, in Le Gall, D., & Bettahar, Y. *La pluriparentalité*. PUF
- Nuss, M. (2014). *Handicaps et sexualités*. Dunod
- Paugam, S. (1996). *L'exclusion, l'état des savoirs*. Editions de La Découverte.
- Roussel, L. (1999). *La famille incertaine*. Odile Jacob.
- Singly, F. (DE) (2017). *Sociologie de la famille contemporaine* (6e éd). Armand Colin.
- Stiker, H.-J. (2017). *La condition handicapée*. Presses Universitaires de Grenoble

- Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. In Moscovici, S. *Introduction à la psychologie sociale*, 1, 272-302. Larousse
- Tidiane Diallo, C., & Leroux, I. (2020). *L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion*. Etude de la DREES. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/laide-et-laction-sociales-en-france-perse>
- Tocqueville, A. (1835-1840). *De la démocratie en Amérique*, Flammarion.
- Vaginay, D. (2014). *Une sexualité pour les personnes handicapées. Réalité, utopie, projet ?*. Chroniques Sociales
- Van Campenhoudt, L., Marquet, J.& Quévy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. (5.éd). Dunod
- Zribi, G., & Sarfaty, J. (2015). *Handicapés mentaux et psychiques : Vers de nouveaux droits* (3.éd). Presses de l'École des hautes études en santé publique.



## **Sitographie**

« Article L2123-2 - Code de la santé publique », Légifrance : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171128/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171128/)

« Exercice de l'autorité parentale », Services-Publics.fr : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3132>

« Rapport : La mise en oeuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées ». (2020). Défenseur des droits : [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-cidph-num-02.07.20\\_0.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rap-cidph-num-02.07.20_0.pdf)

## Annexes

### Annexe 1 : Guide d'entretien individuel - Parents -

Thématiques à aborder	Relances possibles	Remarques
Récit de vie	<p><b>Institutionnalisation ou milieu ordinaire ?</b></p> <p><b>Pouvez-vous me parler de votre enfance ? De votre vie familiale étant enfant ?</b></p>	
Relation avec l'enfant	<p><b>Désir d'enfants</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vous vouliez des enfants depuis longtemps ?</li> <li>- Pourquoi vouliez-vous des enfants ?</li> <li>- Comment votre désir d'enfant / ou l'annonce de la grossesse a été accueilli par votre entourage ?</li> </ul> <p><b>Comment décririez-vous votre relation avec votre enfant ? Êtes-vous heureux d'être parent ?</b></p> <p><b>A partir de quel moment vous êtes vous senti parent ?</b> (Grossesse, rencontre avec l'enfant ...)</p>	
Quotidien dans le rôle de parent (si garde de l'enfant)	<b>Comment se déroule votre quotidien en tant que parent ?</b>	
Si placement de l'enfant (si placement il y a)	<p><b>Quand votre enfant a été placé ? Savez-vous pour quelles raisons ?</b></p> <p><b>Comment vivez-vous le placement de votre enfant ?</b> (Positivement / négativement)</p>	
Difficultés	<p><b>Rencontrez-vous des difficultés dans votre rôle de parent ?</b> (personnelles (dû aux conséquences du handicap) Environnementales (regard des autres ...)</p> <p><b>Lesquels ?</b></p> <p><b>Parvenez-vous à surmonter ces difficultés ?</b></p>	

Thématiques à aborder	Relances possibles	Remarques
<b>Aide/ accompagnement</b>	<p><b>Faites-vous souvent appel à de l'aide dans votre rôle de parent ?</b>  <b>Lesquels ?</b> (Educateurs du DSP ou PIM et ASE, famille, médecins, TISF)  <b>Pourquoi ?</b></p> <p><b>Si non, pourquoi ?</b> (Peur de l'évaluation et du jugement (peur d'être jugé comme mauvais parent) -&gt; pouvant entraîner placement de l'enfant / aides vécues comme ingérent (=s'immiscer dans la vie privée)</p> <p><b>Est-ce que la présence des professionnels change/influence votre quotidien et votre rôle de parent ?</b> (Positif ou négatif : crée de la pression, crée culpabilité si trop besoin d'aide, désinvestissement dans le rôle parental / « l'aide m'aide à devenir un meilleur parent », plus autonome, plus responsable)</p>	
<b>Discrimination / Stigmatisation</b>	<p><b>Pensez-vous avoir déjà vécu une situation de discrimination en tant que parent ? Lesquels ?</b> (Regards, propos ... )  <b>Quel a été votre ressenti ?</b>  <b>Qui est à l'origine de ces discriminations ?</b></p> <p><b>Quelles sont les conséquences de ces discriminations ?</b> (Attitudes, comportements, sentiments ...)</p>	
<b>Apport de la parentalité</b>	<p>Pensez-vous que votre rôle de parent vous ait aidé à vous inclure dans la société ?  Vous sentez-vous plus responsable / plus autonome depuis que vous avez votre enfant ?</p>	
<b>Questions ou remarques supplémentaires</b>		

## Annexe 2 : Guide d'entretien individuel - Professionnels du DSP -

Thématiques à aborder	Relances possibles
<b>Rôle d'accompagnant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vos missions (actions types)</li> <li>- Perception de votre rôle</li> <li>- Les réussites et les difficultés rencontrées</li> <li>- Relations difficiles avec les familles</li> </ul>
<b>La gestion du désir d'enfant ou annonce grossesse (imprévue ou sans connaissance du désir de la personne)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- « Choix éclairé » (suivant les compétences ?)</li> </ul>
<b>Compétences et difficultés parentales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacités des personnes (déjà acquises ou acquises grâce au travail éducatif)</li> <li>- Types et Causes des difficultés</li> </ul>
<b>Avis sur le placement des enfants</b>  <b>Crainte placement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effet sur la famille et de la parentalité</li> <li>- Placement bénéfique</li> <li>- Crée des difficultés dans les relations avec les pros</li> </ul>
<b>Qualités et défauts du dispositifs d'après vous</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qu'est ce qu'a apporté le dispositif ?</li> <li>- Y-voyez vous des défauts ?</li> </ul>
<b>Regard des autres</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Attitudes des autres (pro, société ...)</li> </ul>

### Annexe 3 : Guide entretien collectif

Thématiques à aborder	Relances possibles
<b>Avis général sur la parentalité des adultes en situation de handicap</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distinction entre avis personnels et avis professionnels</li> <li>- Mesurer le degré d'accord</li> <li>- Développer les arguments favorables ou défavorables</li> <li>- Avis sur les répercussions positives (réalisation de soi, acquisition d'un statut, gain de responsabilité et d'autonomie)</li> <li>- Avis sur les répercussions négatives (mise en difficultés pour les parents et pour les enfants, ... )</li> </ul>
<b>Avis et attitudes envers le DSP (et le système de soutien : partenariats avec département).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaction à la création du DSP</li> <li>- Attitudes actuelles</li> <li>- Mesurer le degré d'accord avec la mise en place du dispositif</li> </ul>
<b>Accompagnement à la vie affective et sexuelle dans votre pratique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comment concevez-vous la vie affective et sexuelle des personnes que vous accompagnez ?</li> <li>- Qu'est ce qui vous mettez en place pour cette accompagnement ?</li> <li>- Question de la contraception</li> </ul>

## **Annexe 4 : Exemple de retranscription d'entretien avec un parents<sup>200</sup>**

*Tout d'abord, des questions simples, pour construire un peu ton profil. Tu es un homme ?*

Oui, et j'ai 32 ans.

*Quelle est ta situation conjugale ?*

Je suis en couple, ce n'est pas la mère de mon fils et on ne vit pas ensemble.

*Combien as-tu d'enfant et quel âge ils ont ?*

J'ai un garçon et il a 5 ans et demi.

*Est ce qu'il vit avec toi ?*

Non pour l'instant, il est en situation famille d'accueil. En attendant que le juge décide de mon parcours et de mon statut de parentalité, et que j'ai la garde. Mais c'est temporaire.

*Tu as des droits de visite alors ?*

Oui, je le vois tous les quinze jours, les samedis, toute la journée.

*Ce sont des visites avec tiers ?*

Non plus maintenant, avant j'étais accompagné par une TISF. Mais maintenant tout seul, et en plus c'est chez moi.

*D'accord, as-tu un emploi ?*

Oui, je suis vaguemestre, je distribue le courrier. Depuis peu de temps, j'ai commencé il y a quelques jours. Avant, j'étais au pôle bois en menuiserie.

*Si, je te dis « parentalité » ou « parents », à quoi cela te fait penser ?*

Du travail (en chuchotant), mais du travail sur soi-même, c'est pas négatif hein ? Parce que, bon quand mon ex compagne m'a dit qu'elle était enceinte. D'un côté, j'étais content mais j'ai eu peur aussi. Parce que j'ai eu un sacré chemin de merde dans ma vie. Je suis passé d'un statut psychiatrique, avec en plus défaillance intellectuelle. Et euh, suicidaire, envie de meurtre. Tous ces problèmes là sont passés dans ma jeunesse. Puis, quand je faisais trop de connerie, je me faisais frapper, et je me foutais de la gueule de mes parents quoi. Je les ai beaucoup provoqués, insultés ... j'ai été à deux doigts de tuer ma mère de mes propres mains, à l'étrangler jusqu'à la mort. J'avais vraiment beaucoup d'idées noires. J'ai, bon, j'étais suivi, un suivi assez dur, parce qu'on me comprenait pas. Et moi aussi, je comprenait pas pourquoi j'étais dans cet état là, pourquoi j'étais handicapé, que je ne suis pas apte à travailler dans un milieu ordinaire, dans un milieu ordinaire. Et, au bout d'un moment, j'ai vachement pétié les plombs, je suis resté deux ans en HP, avec camisole et tout, et plein de médicaments. Et ensuite, je suis retourné en IME et quelque temps après, 1 an ou deux, j'ai appris le décès d'un de mes camarades, qui allait justement rentrer dans l'entreprise familiale, donc en milieu ordinaire. Et, lui il m'a aidé quand j'étais plus jeune, il m'avait dit : « tu vas voir que le monde extérieur, ça n'a rien à voir avec ici, dehors t'es pas enfermé, t'es pas cachetonné. Et tu vas voir que c'est beau, la vie est belle, alors profite parce que je ne sais pas ce qui va se passer ». Et ensuite, j'ai appris qu'il était décédé. Il avait 18 ans. Et je suis arrivé dans l'adolescence, j'étais fatigué, et de là, quand j'ai appris ça, c'était fini, j'avais plus personne pour me projeter dans l'avenir. Je suis devenu fou, encore, je suis monté sur le toit d'un gymnase, pour sauter. Il y a eu les pompiers, les forces de l'ordre et j'avais

---

<sup>200</sup> Dans un souci de longueur, nous avons seulement choisis une des nos retranscriptions, même chose pour les entretiens collectifs.

même pas peur de les insulter. J'ai même attrapé une pierre, je leur ai balancé dessus, j'ai bien failli crever l'oeil d'un des flics. Voilà, j'avais une haine. Pas spécialement contre la police, mais surtout contre moi. Et voilà, retour dans un trou noir : HP, camisole, etc ... On m'a remis dans la cage quoi. Puis, je me suis mis à cogiter. J'avais peur de rester ici, et ça a fait tilt quoi, parce que je me suis dit que j'allais mourir. Alors qu'avant ça, je me mutilais, je voulais plus vivre, parce que ma mère m'avait caché que j'avais un frère jumeau. Et le mensonge était trop lourd, et puis je l'ai jamais connu parce qu'il est mort né. Et je l'ai découvert en trouvant une photo d'un écho sous le lit de ma mère. Je leur en ai voulu, mais on en parle jamais.

*D'accord, et donc quelle est ta relation avec tes parents ? Tu la décrirais comment ?*

Avant, c'était assez froid, mais on s'aimait avec ma mère. Un peu un « je t'aime, moi non plus ». Mais j'ai reçu de l'amour et de la protection aussi. C'était une mère en or (larme aux yeux - pleurs) (silence) excuse moi. (Silence). Je l'ai perdu il y a peu de temps. Mais ça me fait du bien d'en parler. Mais revenons-en à mon fils. Enfait, c'est moi qui ai demandé le placement parce que sa mère s'alcoolisait et se droguait, je suis aussi tombé là-dedans.

*Donc, tu vivais déjà ici ?*

Oui, je suis arrivé en 2010. D'ailleurs, ça a été compliqué, parce que je suis passé d'un stade d'enfant à un statut adulte en ESAT, il faut se responsabiliser, même si on le travaillait en IME. Mais ça m'a pas empêché de faire des conneries en ESAT aussi, mais avant mon fils. J'ai fait le jeu du foulard, parce que je voulais mourir quoi, encore. Mais j'ai plus ces idées noires depuis ce jeu, et le moniteur m'a sauvé la vie. Et voilà, j'essaye de me canaliser, par moi-même, parce que les cachets, j'en ai marre. À cette époque, j'étais au foyer d'hébergement, et j'ai rencontré mon ex-compagne. Et on s'est installé en ville, en milieu ouvert, parce qu'elle était enceinte parce qu'on ne peut pas mettre les gens en situation de parentalité dans les foyers. On a réussi à trouver un appart. Et j'étais super content, qu'elle soit enceinte. Je savais déjà m'en occuper, parce que j'ai des nièces et des neveux petits, ça m'a donné envie. J'avais toujours dit à ma mère que j'en voudrais oui. Et je me souviens, c'était un vendredi, j'étais fatigué du travail, je suis allé faire une sieste. Mais un moniteur est venu nous voir, mais à cette époque-là, des collègues venaient chez moi pour fumer dans une des pièces, sans que ma compagne aille dans cette pièce. Mais ça s'est pas passé comme voulu, c'est vraiment devenu le bazar. Et quand le moniteur est venu, il a gueulé, surtout sur moi, pas vraiment sur ma copine. Et après, il a dit une phrase, qui m'a fait tilter, mais il s'est mal exprimé, il m'a dit qu'il allait appeler la DAS pour qui m'enlève mon enfant. Et là, j'ai compris, et je me suis dit « en fait, je suis une grosse merde, une grosse merde handicapée qui est pas capable d'avoir un enfant ». C'était horrible, du coup, quelques jours avant la naissance de mon fils, je me suis senti obligé d'aller lui mettre une honte. Et devant tout les moniteurs, je l'ai confronté à ce qu'il m'avait dit, en lui demandant s'il avait pas honte. Et je l'ai menacé de lui enlever sa famille s'il enlevait mon fils. On en ai venu aux mains. Je me suis même blessé en pétant une porte, en voulant leur faire peur. Maintenant, si c'était à refaire, je préférerais le dialogue. Maintenant, je suis dans un bon parcours, de jeune adulte, en situation de parentalité, j'ai réfléchi à comment je peux travailler sur moi, pour m'améliorer. Et je sais que je suis pas un modèle, mais si je peux donner quelques conseils, ça serait pas mal aussi. Et puis, c'est aussi ça être un parent, quand ils comprennent pas, il faut prendre le temps d'expliquer et de décortiquer chaque mot, pour pas que la personne se trouve en difficulté ou en panique. Mais dans cette situation en particulier, je suis senti jugé et discriminé, c'était terrible et violent. Parce qu'on m'a dit, ou je l'ai compris comme ça, que je n'étais pas capable. Mais mon ex-compagne, elle ne comprenait pas tout, et d'ailleurs, je sais pas vraiment si c'est pour ça ou pas, mais en tout cas, elle n'a plus du tout de lien avec mon fils. Et mon fils ne veut plus la voir.

*D'accord, je vois. Et toi, comment est ce que tu décrirais ta relation avec ton fils ?*

C'est de l'amour fou. Ah oui ! Là, j'ai envie de te dire que je revis un peu. Et maintenant, on voit que je suis capable, je suis responsable. Donc, je suis super heureux. Mais quand il était petit, c'est un peu égoïste, mais je n'y arrivais pas quoi, parce que ... et j'ai demandé le placement, parce que c'était trop. Et cette phrase de l'éducateur, ça m'avait cassé, je voulais plus du tout l'accueillir chez moi, j'étais en crise de panique. Je l'ai vraiment cru quand il a dit que je serai incapable. Ça m'a retourné le cerveau. J'aurai pu, maintenant je me dis ça, mais non, c'étaient vraiment mes pensées le

problème. Mais, même si ça venait de moi le placement, ça a été très dur. C'était l'accumulation de tout, j'avais l'impression qu'on me mettait tous sur le dos. Mais c'était une étiquette que je mettais imaginer. Mais ça a disparu maintenant, parce que les gens ont vu que j'étais capable, entre le permis que j'ai passé pour pouvoir conduire le petit alors que je sais ni lire, ni écrire, parce qu'avant j'avais une moto. Puis j'ai arrêté la boisson et le pétard, parce que j'avais plis trop d'angoisse à faire disparaître. Alors que c'était pas le cas à la naissance du petit, là c'était n'importe quoi.

*Et maintenant, tu ne fais plus face à autant de difficultés ?*

Non, maintenant je sais les gérer. Et je sais que j'ai des mains et des oreilles qui sont là pour moi.

*Et c'est qui alors ?*

Les moniteurs, sans hésitation. Ils m'aident vraiment. Même avec l'éducatrice ASE. J'ai de bonnes relations avec tout le monde. Et ça se passe bien parce qu'ils voient que je suis investi, que je veux récupérer mon fils et que je ferai n'importe quoi pour ça. Et montrer aux autres parents, que oui, c'est dure, mais on peut s'en sortir si on a la volonté. Et comme disait mon ami : « la vie est belle, il faut en profiter ». Et puis j'ai aussi, un soutien familial. Et tout ça, ça m'aide. Et si, il y a des personnes que ça gêne, je les vois même plus, j'avance. Et puis, on passe pas de diplôme pour être parent, et j'ai posé la question à la juge, elle m'a dit « c'est une très bonne question ». Moi, je ai pas de diplôme, mais je sais apporter de l'amour à mon fils, c'est un peu le seul diplôme que j'ai, de l'amour et de la surveillance aussi bien-sûr. Pour moi, c'est le principal. Et mon garçon, il est heureux.



## Annexe 5 : Exemple de retranscription d'entretien collectif

*Le premier thème que nous allons aborder concerne vos avis sur la parentalité des adultes en situation de handicap.*

A : Je sais pas si je me lance en première parce que je suis celle qui a l'avis le plus tranché (rires). Mais ce que je peux dire c'est que au début, quand les résidents ont commencé à avoir ce désir d'enfant, dans les premiers temps, s'ils voulaient un enfant, c'était dehors. Donc il y a un refus total, nombreux sont partis à cause de ça. Ensuite, il y a commencé à y avoir une ouverture, où on s'est dit que puisqu'ils partaient tous, ça allait créer des problèmes parce qu'ils ne savent pas s'occuper de leurs enfants. Donc ça a été au début, un accompagnement à l'extérieur, le service extérieur, mais il n'y avait pas encore de dispositif particulier. Après, ça a été, et c'est mon point de vue, ça a été la mode, tout le monde voulait un bébé. Donc bébé + bébé + bébé + bébé, et là, on sait dit, il va falloir créer quelque chose pour les accompagner vraiment. Voilà, à peu près comment ça s'est créé, enfin je pense. Mais il y a eu une prise de conscience, parce qu'au début, c'était pas de bébé au foyer, après ça a été l'accompagnement parce que c'est « bien », il y a vraiment eu un revirement, les gens se sont dit que c'était pas normal de leur interdire, qu'ils étaient des femmes et des hommes comme les autres. Mais d'autres, comme moi, disant que à partir du moment où ils sont dans un foyer, c'est qu'ils sont pas capables de s'occuper d'eux-mêmes. Donc je vois pas pourquoi on leur confierait un bébé, qui ne pourra pas s'occuper. Donc, en fait, le dispositif, je pense, a été une bonne chose quand même. Parce qu'on les sort du foyer et c'est eux qui s'en occupent, pas nous. Mais je suis ok, que d'autres s'en occupent, qu'on les accompagne pour éviter de mettre les enfants en périls. Mais quand on voit ce qu'il se passe actuellement, où ils sont presque tous placés, d'autres sont suivis par l'ASE, et pour la plupart, ils ont des troubles du comportement, trouble de l'attention, etc ... Je me dis : « est ce que c'est vraiment un bon plan que les personnes handicapées aient des enfants ? ». Donc, je suis vraiment inquiète pour les enfants. Et je pense qu'on peut pas avoir tout ce qu'on veut, moi j'ai envie d'avoir une porsche, mais je peux pas en avoir une ... C'est mon ressenti en tout cas. Je voudrais une voiture quo fait 400cv mais je sais pas les conduire, donc je l'achète pas. Et, puis je me mets à la place des enfants, est-ce que eux ils ont envi d'avoir des parents handicapés ? Et puis, le regard des autres, ça ne doit pas être facile pour eux, d'avoir des parents comme ça. Est-ce que les camarades de classe vont être assez ouverts pour accepter ça. Et puis, si mon fils est invité par ...

B : Oui mais si les situations ne changent pas, le regard non plus ...

A : D'accord, mais est ce que j'aurai envie que mon fils aille passer une journée chez un parent handicapé, parce qu'il est invité à l'anniversaire du petit, et beh non. Mais ça c'est mon avis. Et puis, si ça se trouve mon fils à des copains avec des parents encore plus handicapés et je le sais pas (rires). Donc ma position, c'est de me placer du côté des enfants.

*Et, donc professionnellement ?*

A : Je refuse catégoriquement d'aller travailler au DSP. Mais là, ça me va parce qu'ils gèrent ce que moi je n'ai pas envie d'entendre. Et j'ai pas peur de dire à la direction que je ne veux pas y aller, et ils savent pourquoi, je ne m'en cache pas. Parce que, de toute façon, je ne saurai pas les accompagner dans un truc où je suis pas bien.

C : Après, l'effet de mode dont tu parles, c'est plus que avant, je pense que c'était un non-dits. Même aux yeux des résidents, pour eux, ils n'avaient pas la possibilité d'avoir des enfants. Pour eux, c'était « comme ça », c'était impossible à cause de l'institution. C'était vraiment rentrer dans leurs mœurs.

B : C'était vraiment un interdit quoi

C : Limite, la sexualité était impossible aussi.

B : Tout ça était très tabou.

C : Puis, tout ça a un peu évolué. Et puis, des enfants sont arrivés, des femmes sont tombées enceintes. Et le projet a été créé comme ça. Mais, du coup, le fait que ce projet aboutisse et se crée, ça a ouvert les yeux aux résidents, et ils se sont dits que c'était possible. Donc c'est pas forcément qu'un effet de mode, ils se sont rendus compte aussi qu'ils avaient la possibilité d'avoir des enfants, et ça a un peu cassé ce tabou. A la fois, chez les professionnels, mais également chez les résidents.

A : Oui, mais sans se poser la question de qu'est ce que c'est vraiment d'avoir des enfants ?

C : Oui, voilà. Après, il y a toutes les difficultés derrière, j'en suis bien conscient aussi. Parce que entre, le désir de maternité et aller au bout du truc ... Il y a un pont. Mais le travail, il est là, j'imagine qu'il faut travailler là-dessus. Je pense que le gros du travail, c'est de travailler en amont. Au lieu de s'occuper de l'enfant une fois qu'il arrive et de ses parents, peut-être s'occuper en premier du désir de maternité. Mais il y a des fameux groupes de travail apparemment, mais comme tout est dispatché dans cette asso', je suis même pas sûr que ce soit le DSP qui s'occupe de ça. Comment ça s'appelle déjà ce groupe

B : Le gep, groupe d'éthique parentalité

D : Je suis content d'être venu, je ne savais même pas que ça existait.

C : Et parfois, on est même pas au courant que certains de nos résidents sont suivis pour leurs désirs là alors qu'on vit presque avec eux. On était pas forcément au courant de son désir. Je suis même pas sûr que le Dsp était au courant aussi.

B : C'est vrai, qu'on avait vraiment aucun retour.

C : on savait pas exactement ce qu'il en était. Donc, je pense vraiment, que tout le travail est là, en amont de ce désir.

*Donc, il vous arrive souvent d'être face à des personnes qui vous expriment ces désirs-là ?*

B : Moi, personnellement, en général, je suis assez réaliste, c'est-à-dire que je vais pas lui dire « oui tu as le droit », parce que je reviens sur nos inquiétudes par rapport aux enfants, il y a aussi le droit de l'enfant, et c'est un point important dans notre métier. Même si on est dans le champ du handicap et du handicap adulte, c'est aussi des questions qui nous sont importantes. Donc du coup, en général, je suis assez ... je vais dire à la personne que j'entends qu'elle ait ce désir mais que ce n'est pas ... enfin qu'il y a plein de questions à se poser, sur les capacités, sur ce que ça veut dire vraiment d'avoir un enfant, qu'est ce que ça incombe en terme de responsabilité, de capacités, parce qu'il faut se décentrer de soi pour s'occuper d'un autre, et que c'est pas tout rose, que c'est pas un poupon. Et je mets la personne face à ses fragilités, en lui demandant comment elle pourrait les dépasser. J'essaie d'amorcer la discussion. Parce que je suis personne pour décider, mais je donne mon avis, parce que je pense que cela peut être compliqué sur certains points. Je vais l'inciter dans ce projet en disant « oh bah oui, bien sûr, super ! »

C : Oui, c'est sûr, on les pousse pas. Après, on fait chacun en fonction de ce qu'on pense aussi. Je pense qu'on a, à peu près, tous le même discours malgré tout, même si des fois c'est nuancé. Mais en gros, on les met tous face à la réalité. Il faut faire la différence de la capacité à faire un enfant et la capacité d'en prendre soin. « Tu as le droit de procréer, mais moi perso je te sens pas capable d'avoir un enfant ». Moi, ça me dérange pas de le dire non plus. Et je l'ai déjà dit.

B : Oui, c'est vrai. Moi je le dis comme ça.

C : Après, on est pas là pour les en empêcher ...

B : Oui, je pense que c'est pas à nous d'estimer si ils ont le droit d'avoir des enfants.

D : Mais c'est à personne de décider, ils doivent décider par eux-même.

B : Oui, donc après nous, si c'est le cas, on accompagne, quand on est devant le fait accompli. Après dans la mesure du possible, si c'est en amont au niveau du désir de parentalité, effectivement il faut pas se leurrer, on accompagne un public qui a beaucoup de difficultés, donc même si il faut pas trop se projeter, on fait des projections qui s'avèrent, en règles générales, assez justes quand une personne fait un enfant ...

D : Et puis maintenant, on a du recul. Parce qu'au début, on se heurtait à ce genre de choses où j'ai souvenir d'avoir dit à un psychologue que j'étais contre le fait qu'ils aient des enfants, parce que je les voyais pas avoir des enfants, et on m'avait répondu tout simplement : « je te permets pas de dire ça, parce qu'il y a aucun recul ». Donc aujourd'hui, on a du recul, moi j'ai pas de chiffre, ça serait intéressant de le demander au DSP, sur une quinzaine de personnes, j'aimerais savoir combien vivent vraiment que dans la cellule familiale. J'ai une idée du chiffre hein ...

A : Et puis, on a du recul mais eux aussi. Parce que eux, ils voient ce qui se passe chez les autres. Ils voient que ceux qui ont des enfants, et qu'ils vont pas bien parce qu'il y a eu placement. Ils voient bien que c'est pas si facile que ça. Je pense qu'entre eux, ils ont fait ce raisonnement là.

C : Oui, les résidents ont eu un peu la même vision que nous. Du coup maintenant, alors c'est pas que ça recule, mais en effet, ils se rendent compte des difficultés de certains.

D : Oui, et si tu discutes avec certains. Même si les gamins sont placés, ils sont contents parce qu'ils sont toujours dans cette normalité, ils vont voir leur enfants.

C : Après la norme n'est pas la même que nous. Je me souviens d'une ancienne résidente, qui est partie volontairement du foyer, qui a eu des enfants par la suite. Je l'ai croisée plus tard, et elle venait d'accoucher, l'enfant a été placé, et elle était super contente. Pour elle, c'était quelque chose de tout à fait normal finalement. C'est le cursus normal pour eux quoi.

B : Mais la déficience intellectuelle y est pour beaucoup aussi. Les troubles psychiques aussi font que la projection sur un enfant est pas la même.

C : Mais du coup elle était simplement heureuse d'avoir eu un enfant. Point !

B : En même temps, est ce qu'on peut vraiment dire l'inverse ?

C : Non, mais j'imagine avoir un enfant, on le place à la naissance, ça doit quand même un peu travailler. Et là, ça n'avait pas l'air de beaucoup la faire souffrir, et oui j'imagine que la déficience lui permettait de ne pas trop se rendre compte aussi.

A : On en connaît une autre, elle est à 5 enfants, tous sont placés, un par un, à la naissance.

D : Oui, mais là c'est vraiment un problème psy. J'ai eu discuté avec une psy de cette situation. Et elle disait que c'était terrible mais il aurait fallu qu'on lui laisse un gamin pour qu'elle arrête d'en faire. Parce que plus on lui enlèvera, plus elle en fera. Il faudrait en sacrifier un quoi.

B : Le mot « sacrifier » est terrible mais c'est ça ...

D : Oui oui, mais il est pesé ! C'est la parole d'une psychologue, c'est pas la mienne.  
(Silence)

*Est ce que vous pensez que cela peut apporter à ces personnes d'avoir des enfants ?*

D : Pour certains, oui ! M.S, pour moi est un bon exemple. C'est quelqu'un dans l'incapacité de gérer son gamin, son gamin est placé mais par contre ça l'a aidé à murir. Par contre, sa déficience est toujours là.

C : Des fois, ce sont de bonnes surprises. Par exemple Mme.V.

D : Oui mais ça se passe pas trop mal parce qu'il y a le soutien de la belle-famille. Et de son copain aussi.

B : Oui, mais c'est le cas de pleins de famille « normale ». Mais pour la plupart, ils n'ont pas ce réseau primaire, super important pour les aider.

C : Après, sans parler d'enfant, il y en a certains qui vont vivre en ville et ça marche parce qu'ils sont en couple. A partir du moment où il y a eu séparation, les personnes retournent au foyer. En couple, ça marche, mais seul pas possible. Finalement, pour les enfants, il y a un peu de ça aussi.

E : Après nous, au foyer, notre travail éducatif, il est aussi autour de la représentation de la normalité. Il y en a pas mal, la norme c'est ça, c'est la famille, l'enfant. L'image d'aller en ville, d'avoir un appartement, de faire un bébé. C'est leur représentation de la norme, de la normalité. Et parfois le désir part de là. Pour d'autres, surtout les femmes, c'est plus une envie primaire, de mater. On peut pas généraliser, chaque situation est différente. Et chaque désir d'enfant appartient à chacun. Mais pour beaucoup, il y a cette image de la norme et à ce niveau-là, on a du boulot. Et on y travaille. Mais, la famille nucléaire : papa, maman, les enfants et le petit chien, c'est fini, c'est has-been, mais c'est vraiment comme ça qu'ils conçoivent la famille. Parce que c'est aussi l'image qu'ils auraient aimé avoir quand ils étaient enfants.

C : Sur ce même modèle, on a de plus en plus de résidents qui veulent se marier et qui se marient. Je pense à M.E, dernier en date, qui va se marier bientôt. Il est persuadé qu'une fois qu'il sera marié, on ne pourra pas l'empêcher de vivre avec sa copine, qui elle vit en foyer de vie. Et comme si il fallait qu'il se marie pour qu'il puisse vivre en ville. Lui, il est dans ce truc, finalement si il se marie, c'est vraiment pour vivre en couple, mais on lui a déjà expliqué qu'il n'avait pas forcément besoin de se marier pour ça. C'est comme si il voulait faire les choses dans l'ordre, le mariage, puis vivre ensemble, avoir un enfant.

A : Un autre couple s'est marié, à peine quelques jours après, ils étaient dehors. Enfin sur le SAE, pour pouvoir faire un enfant.

D : Enfin, il fallait faire un gamin pour sortir, maintenant c'est se marier ...

A : Ah. bah c'est moi grave !

E : Il y a peut-être une part aussi de réparation par rapport à leur propre histoire. Ils s'imaginent le papa et la maman qu'ils n'ont pas eu pour bon nombre d'entre eux. Le bébé réparation quoi !

D : Ce qui est intéressant aussi, aux prémices des premiers enfants, c'était d'entendre aussi les gens de la population générale de la ville.

A : Et ça n'a pas beaucoup évolué.

C : Ça c'est sûr !

D : Moi, j'ai eu des amis qui m'ont dit « Mais tu fais quoi ? Tu leur laisse faire des gamins ? »

C : Et c'est toujours le cas, quand on en parle avec des personnes de l'extérieur.

D : Et oui, mais c'est la représentation, et ils ont pas tort. Ils s'aperçoivent bien que tous les résidents qui ont des gamins, et bah les gamins sont placés. Mais c'est vraiment une réalité quoi. Et on nous dit qu'on fait pas notre boulot parce qu'on les laisse faire des gamins alors qu'on sait très bien qu'ils sont pas en capacité de les élever et que ces gamins vont être placés. Du coup je leur dit que comme ça on aura toujours du travail. Mais voilà ... (rires)

C : Mais c'est surtout que les gens ne savent pas comment fonctionnent les établissements. Les gens ont l'impression qu'on a tout pouvoir pour autoriser ou interdire. Et les personnes se permettent de dire qu'une personne ou une autre qui traînent dans la ville devraient être en établissement ... Mais ils

se demandent pourquoi on les laisse dehors, dans la société, comme si ils étaient enfermés finalement ! Comme si on se devait de les enfermer. Il y a cette vision un peu terrible sur eux.

A : Mais il faut préciser que l'inquiétude des gens elle se porte sur les enfants aussi hein !

E : Après, il faut aussi faire attention à des discours carrément jugeant. Parce qu'il y a un manque de compréhension de notre boulot, on peut pas autoriser ou pas, c'est pas notre rôle. Donc il peut y avoir un peu ce discours eugéniste. Où il faudrait faire une sélection de qui peut faire des enfants ou pas. Je pense qu'il faut faire attention aussi à temporiser tout ça aussi.

D : Je trouve pas que ce soit jugeant, c'est un état de faits. Ce sont vraiment des choses qu'on entend.

E : Oui, c'est sûr, même entre nous, parfois on se le dit, on le tient ce discours, pour certaines situations.

D : Oui, soyons clair, Mme S ne doit pas avoir d'enfant, parce que ça va être très très compliqué. Elle est dans l'incapacité totale de s'en occuper.

B : Mais on s'est que ça arrivera un jour ... (soupir).

E : Donc, comment est ce qu'on peut travailler en amont sur ça ? C'est plutôt ça. Comment le déplacer sur autre chose ? Comment travailler sur la prise de conscience de ses limites ? Comment s'épanouir autrement ? Mais c'est vrai, que le désir d'enfant a été un peu la clé de sortie de l'établissement, pour certains, dans une espèce d'imaginaire collectif. Mais, du coup, on a autorisé des personnes à avoir des animaux, pour combler.

A : C'est ce qu'on espérait, et ça a marché. On s'est dit qu'il valait mieux qu'ils aient un lapin plutôt qu'un bébé. On a sacrifié le lapin (rires). Et vraiment, dans certains cas, ça peut fonctionner. Enfin, ça tempore. Un jour, comme l'ASE, on va avoir la SPA sur le dos (rires).

C : Après, c'est intéressant de savoir comment est gérer la contraception aussi. Parce que ça a pas mal évolué ça. Tout part de la sexualité. Et c'était très tabou, enfin ça l'est encore aujourd'hui.

F : Ah mais avant, ici la contraception était obligatoire. Pour les femmes. Je me rappelle, il y a 25 ans en arrière, la première chose qu'on demandait aux demoiselles qui arrivaient, c'était la contraception. Il fallait qu'il soit marqué dans son dossier.

C : Maintenant, officiellement ce n'est pas un critère d'admission, on peut plus le mettre. Mais officieusement, c'est pas pareil.

F : Et c'est pas si vieux ça.

A : Oui, après qu'elles arrivent et qu'on voit qu'elles n'ont pas de moyen de contraception, on est très très vigilant.

C : Ce sont les infirmiers qui gèrent ça, mais on nous invite fortement à y faire attention. Mais quand des femmes ont des implants et qui demandent à les enlever, là c'est délicat, parce qu'on sait que c'est pour désir d'enfant quoi ... Mais il a du conseil orienté pour qu'il y ait bonne contraception. La pilule fait peur, elle peut ne pas être prise.

B : Mais quand, on a l'info d'un potentiel passage à la pilule, en général, on essaie d'être réactif, de se réunir pour en parler, de vite discuter avec elle.

*D'accord, et comment ça se passe pour les couples alors ?*

A : Alors c'est une sacrée évolution aussi.

C : Il n'y pas si longtemps que ça, il fallait qu'ils demandent la permission pour dormir ensemble.

A : Oui, à une époque, c'était permission de minuit. Je me souviens une fois qu'une de mes résidentes m'avait dit, de toute façon moi ma pilule elle marche que jusqu'à minuit. Et là, je m'étais dit « oh merde, je crois qu'on a fait une bêtise ». En y repensant, je ne comprends pas pourquoi on instauré ça. Et puis c'était demande écrite et tout.

D : Maintenant, ils n'ont plus besoin de faire ça, il suffit simplement qu'ils nous le disent, c'est juste une histoire de sécurité.

E : Et moi d'ailleurs, je suis arrivé il y a presque 10 ans, et j'avais trouvé que c'était assez avant-gardiste comme fonctionnement. Parce que il avait aussi des appartements de couple.

C : Mais avant, il y avait un truc sur la durée du couple, ils avaient droit de passer des nuits ensemble après tant de temps ensemble. Mais c'était débile. Maintenant, un jour ils nous disent qu'ils vont dormir chez une personne et le lendemain c'est une autre.

B : oui mais alors ça, par contre ça fait peur pour les MST. Ça crée d'autres problèmes aussi. On fait aucune prévention, on s'inquiète beaucoup des enfants mais pas de leur santé sexuelle quoi ...

C : y'a eu des groupes de parole.

B : Mais ça s'est jamais installé dans le temps.

D : On a plus le temps.

B : Et puis dès que tu parles un peu de ça avec eux, c'est hallucinant le manque de ... Les réponses que ça, c'est à mourir de rire. Ils ont quelques notions, mais quand tu creuses ou peu, c'est pas top.

*Et il n'y a pas de campagne de dépistage dans l'association ?*

A : Ah non ... à l'époque on avait eu une journée SIDA.

C : Après, peut-être que les infirmiers le font. Mais on sait pas trop.

E : Avant, il y avait un accompagnement assez global mais ces dernières années maintenant, et je pense depuis la création du DSP, on s'occupe pas de tout ce qui est parentalité mais donc pas beaucoup de sexualité aussi. On ne s'en mêle pas du tout, et tout ce qui a trait à la santé de la personne. Sauf quand personne ne peut l'amener à ses rendez-vous, dans ce cas là on sert de transporteurs. Mais on est pas censé savoir, il y a vraiment une espèce de scission.

D : On ne fait plus du tout de travail éducatif avec ce qu'il y a un rapport avec la maladie.

E : Prévention santé, c'est pas les éducateurs.

D : Tout est clivé.

*Mais c'est avantageux pour vous, dans votre pratique ?*

E : Non, pas du tout. On morcelle beaucoup.

B : Après, ça nous déresponsabilise.

E : Bah complètement. Un tel veut faire un bébé, mais c'est bon on a fait notre taff, on l'a dit au GEP. Ou alors on est vraiment pas au courant.

*Donc, vous avez le sentiment de ne pas vous inquiéter de l'entièreté de la personne ?*

E : C'est ça, exactement. Tout est fragmenté, j'ose espérer qu'on revienne à des pratiques plus globales.

B : Le fonctionnement actuel de la structure cloisonne beaucoup.

D : Alors qu'on travaille déjà avec des personnes qui sont morcelées, du fait de leur pathologie. Jusque là, notre travail éducatif visait à faire du lien. Et là, on les met de plus en plus hors réalité. Mais je pense, que c'est bien plus grand que juste l'organisation de notre association, c'est aussi les politiques sociales, c'est au niveau de l'Etat, et justement c'est l'avantage de la sociologie, c'est qu'on peut prendre de la hauteur pour penser plus grand. Parce que, il vaut mieux leur filer 900 balles, les foutre dans un appart et puis voilà, nous on coûte trop cher. Et moi, j'ai l'impression d'être un pion, qu'on utilise. Et notre directeur nous le dit : « on n'est pas là pour réfléchir mais pour exécuter ».

A : Ça nous a été dit tel quel.

D : Alors que la base du travail social, c'est aussi de réfléchir et on est formé pour ça.

E : On avait un métier quia avait pour vocation d'atténuer les écarts sociaux, et la reproduction sociale de générations en générations, maintenant je crois qu'on est plus a dedans. Et le mot éducatif n'apparaît plus nul part d'ailleurs.

*Tout est devenu de la prestation de compensation, vous pensez être là dedans ?*

E : Bah c'est ça (elle souffle, d'autres aussi).

A : Oui, voilà. Nous compensons ... (rire nerveux). Et on peut plus penser, du coup il reste juste le reste ... (tout le monde rit).

*J'ai posé toutes mes questions ... est ce que vous avez des remarques ou des questions supplémentaires ?*

C : Pour revenir un peu au DSP, enfin au début, quand ça s'est organisé. C'était pas très clair pour personne, je pense. J'étais assez sceptique du travail fourni, et tous ne faisaient pas le même travail dans la même optique. Parce que le but du DSP, c'est d'accompagner les parents et non les enfants. Et au tout début, c'était particulier selon les personnes, on savait pas trop qui s'occuper de qui, c'était vraiment expérimental.

D : Après, ça arrangeait bien le financeur tout ça, d'éviter les ruptures de parcours. Il y a quelque chose de très politique.

C : Ça a soulagé le département.

D : Mais par contre, ils ont oublié de créer des postes pour ça. Il a fallu qu'on se démerde.

C : Et en même temps, tu peux pas te substituer au travail de l'ASE, c'est pas le but du DSP. Le but c'était de créer un partenariat, c'est fait mais ça reste un situation un peu bâtarde parce que c'est eux qui placent les enfants.

*La création du DSP, et la nouvelle place des éducateurs intégrant ce dispositif, a été générateur de conflit ?*

C : Non, non.

D et B acquiescent.

C : Je reviens à la création, encore, mais je pense que la situation géographique de la Lozère a aidé pour créer ce service. Parce que il a une grande population de personnes en situation de handicap, donc plus de personnes avec des enfants. Et là, ça permet à ce qu'ils soient toujours rattachés à un

foyer, donc l'établissement touche un prix de journée, le même pour les personnes en appartement et en foyer.

*D'accord, dernière remarque ou question ?*

B : On a pas été très positif quand même. Mais on pas précisé que c'était évidemment très bien que la parentalité soit accompagnée quand même. Je trouve très bien qu'il y est cet étayage.

A : Ah c'est sûr, que c'est même obligatoire, on peut plus rester dans le déni, et que mettent les enfants dehors, mais il faut pas que le dispositif favorise le désir d'enfant.

B : Là où il y a du boulot, c'est qu'il faut qu'on accepte qu'il y a différentes façons d'être parent. Pas juste une. Tu peux être parent à quart temps.

A : Ah non ! Non impossible.

B : Voilà, mais c'est ça. Les plus grosses réticences, elles sont là.

A : D'accord, mais moi je me place du côté de l'enfant, et non ! Je ne peux pas. Ils ont besoin de plus, pas juste à quart temps. Pour moi, c'est pas possible.

C : Rien à voir, mais comme je disais par rapport au département, l'enjeu, je pense pas me tromper, mais une personne qui sort de l'établissement, le financement à la base c'est le département d'origine qui le verse, au bout de 6 mois où ils sortent des effectifs, si ils restent en Lozère, ils deviennent résidents lozériens donc ils sont à la charge de ce département pour l'AAH et tout, donc après ça revient très cher. Donc je pense que le département a sonné la sonnette d'alarme.

D : Et la demande du dispositif vient de là, c'est sûr. C'est une histoire de gros sous, alors que tout le monde dit que c'est pour le bien des parents et des enfants.

E : Bah les décideurs sont des financiers, donc ça m'étonne pas.

C : Et en plus, maintenant ils font des pubs pour devenir éducateurs ... L'accompagnement éducatif devient bizarre.



## Annexe 6 : Grille d'analyse croisée des données qualitatives (entretiens avec les parents)

Hypothèses principales	Sous-hypothèses	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
<b>Conséquences d'un accompagnement basé sur les RS</b>	Parentalité surveillée	Enfant en famille d'accueil-> hypothèse non vérifiable	Enfant accueilli par tiers digne de confiance -> hypothèse non vérifiable	« J'ai peur d'être jugé, d'être jugé de mal faire » Sentiment d'évaluation de la part des professionnels (DSP et départements) ainsi que de son entourage familiale : « j'ai l'impression que tout le monde me regarde être une maman et ma jugent à chaque fois que je fais quelque chose de mal ». Ce sentiment de jugement est d'autant plus présent depuis un précédent placement et alimente cette crainte. Tendance à changer ces attitudes et façon d'être quand elle est avec ou sans son enfant -> afin de toujours montrer qu'elle peut être une bonne mère : « quand je dois pas être dans mon rôle de maman, je retrouve ce côté petite fille. Mais je le fais pas devant lui, parce que c'est pas ce que dois faire une maman » -> pression de la norme	Enfant en famille d'accueil-> hypothèse non vérifiable	Sentiment de jugement par le suivi ASE : « elle nous a menacé avec le placement ... est ça m'inquiète tellement parce que j'ai vécu ça donc je veux pas les faire vivre à mon fils » « Mais c'est très difficile, de me dire tout le temps qu'on peut m'enlever mon enfant. J'imagine souvent que quelqu'un frappe à la porte et me dise qu'il vient prendre mon enfant. C'est horrible et c'est pas envisageable qu'il parte, et même pour lui, il comprendrait pas, et il en souffrirait je pense. Mais elle (l'éducatrice ASE), elle peut tout faire. Elle a tout pouvoir, elle peut écrire au juge, sans même nous le dire »  Crainte du placement peut venir d'expériences personnelles.

Hypothèses principales	Sous-hypothèses	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
	Parents en quête d'identité parentale (situation de placement)	<p>Réaction difficile à la décision de placement : « Comme toutes les mères réagiraient,, forcément pas bien du tout »</p> <p>« J'étais vraiment en colère et déçue. Je leur (travailleurs de l'ASE) en ai voulu, et je leur en veux encore »</p> <p>N'a pas eu connaissance de la cause du placement : « mais comme je le dis souvent, je ne connais pas la cause du placement de ma fille. On ne m'a jamais expliqué ».</p>	<p>« On est pas toujours père et mère quand on a un enfant » -&gt; ce sentiment provient de la suspensions des droits parentaux : « Alors, en fait, ce qu'il y a c'est que moi j'ai pas de droits parentaux. Donc je suis ici (au DSP), mais j'ai vraiment aucun droits parentaux. J'ai juste des droits de visites, mais pour toutes les décisions à prendre pour ma fille, je ne peux rien faire sans mes parents. Je ne peux prendre aucune décision (a les larmes au yeux). Et c'est vraiment contraignant, et on a eu parlé avec les parents parce que voilà je ne peux jamais agir seul, en cas de problème de santé par exemple. Je ne peux pas la protéger quoi. Ça me limite beaucoup quand même ».</p>	Garde de l'enfant -> hypothèse non vérifiable	Jugement négatif de la part d'un pro a influencé sa façon de se sentir parent : « il m'a dit qu'il allait appeler la DAS pour qui m'enlève mon enfant. Et là, j'ai compris, et je me suis dis « enfaitte, je sus une grosse merde, un grosse merde handicapée qui est pas capable d'avoir un enfant », « Et cette phrase de l'éducateur, ça m'avait cassé, je voulais plus du tout l'accueillir chez moi, j'étais en crise de panique. Je l'ai vraiment cru quand il a dit que je serai incapable. Ça m'a retourné le cerveau. » A la suite, il a demandé la placement de son enfant, se sentant incapable de prendre soin de lui.	Garde de l'enfant -> hypothèse non vérifiable

Hypothèses principales	Sous-hypothèses	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3	Entretien 4	Entretien 5
<b>Un nouvel accompagnement pour favoriser l'identité parentale</b>	Placement bénéfique	<p>Se sent aider par les éducateurs du DSP pour garder du liens avec son enfant. C'est ce lien qui lui permet de garder sa place de mère : « Depuis que je suis au DSP, je ne loupe pas un seul rendez-vous avec elle » Donc ça créée des liens encore plus fort »</p> <p>Le regard bienveillant de l'équipe éducative sur sa situation lui permet de se sentir capable : « puis ici (au DSP) on me regarde pas comme un mère pas capable, alors ça m'aide. Et puis, je crois qu'ils sont pas là pour me juger ». « Ils me poussent à devenir une mère et à me sentir capable quoi ».</p> <p>Début difficile avec la famille d'accueil -&gt; mais acceptation : « je me suis aperçue qu'elle n'était pas là pour ça (me prendre ma place) et que je gardais mon statut de maman, et ma relation avec ma fille ».</p>	La suspensions des droits parentaux affectent profondément son identité parentale, il ne demande pas d'aide à quiconque parce que n'a pas le sentiment d'exercer son rôle de parent.	Garde de l'enfant -> hypothèse non vérifiable	Se sent soutenu par les éducateurs et par sa famille : « tout ça, ça m'aide. Et si, il y a des gens que ça gênent, je les vois même plus ». -> L'accompagnement bienveillant lui a permis de se défaire des regards discriminants.	Garde de l'enfant -> hypothèse non vérifiable
	Garde de l'enfant : sentiment de responsabilité	Enfant en famille d'accueil-> hypothèse non vérifiable	L'importance de la responsabilité est visible dans le fait que la suspension de l'autorité parentale (donc des responsabilités qui incombent aux parents) soit désastreuse pour l'identité parentale.		Enfant en famille d'accueil-> hypothèse non vérifiable	<p>Importance que l'enfant soit sous leur responsabilité : « il vit sous mon toit, sous ma responsabilité »</p> <p>Sentiment de soutien de la part des éducateurs quand situation est urgente, sinon se sentent libre de faire seul : « ils savent qu'on se débrouille, donc ils nous laissent nous débrouiller ».</p>

## Table des sigles ou acronymes

<b>AED</b>	Actions Éducative à Domicile
<b>AEMO</b>	Action Éducative en Milieu Ouvert
<b>ASE</b>	Aide Sociale à l'Enfance
<b>CIF</b>	Classification Internationale du Fonctionnement, du handicap et de la santé
<b>DSP</b>	Dispositif de Soutien à la Parentalité
<b>ESAT</b>	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
<b>FH</b>	Foyer d'Hébergement
<b>INSEE</b>	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
<b>IP</b>	Information Préoccupante
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PMI</b>	Protection Maternelle et Infantile
<b>PSH</b>	Personne en Situation de Handicap
<b>PTSD</b>	Post Traumatic Stress Disorder ( Syndrome de stress post-traumatique)
<b>QI</b>	Quotient Intellectuel
<b>REAAP</b>	Réseaux d'Écoute, d'Appui, et d'Accompagnement des Parents
<b>SAE</b>	Service d'Accompagnement Extérieur
<b>SAPPH</b>	Service d'Accompagnement à la Parentalité des Personnes en situation de Handicap
<b>TISF</b>	Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale
<b>VAD</b>	Visite A Domicile

## Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>2</b>
<b>Chapitre 1 : L'alliance de la parentalité et du handicap : une revue de la littérature de ces différents concepts</b>	<b>4</b>
<b><i>I. Le concept de famille, au gré de ses modifications</i></b>	<b>4</b>
A. Modification des formes familiales dans les sociétés occidentales	5
1. <i>La famille patriarcale</i>	5
2. <i>La « famille conjugale »</i>	6
3. <i>La « famille moderne deux »</i>	7
B. Émergence de nouvelles conceptions familiales	10
1. <i>Le concept de « Parentalité »</i>	10
2. <i>L'enfant au centre des préoccupations</i>	13
<b><i>II. Confrontation des représentations sociales du handicap avec la parentalité</i></b>	<b>16</b>
A. Handicap et représentations sociales	16
1. <i>Définition du handicap et description du public cible</i>	16
2. <i>Définition des représentations sociales</i>	18
3. <i>Représentations sociales principales du handicap et conséquences sur les PSH</i>	20
B. Parentalité de PSH et représentations sociales	23
1. <i>Aux prémices de la parentalité : la sexualité</i>	23
2. <i>Les principales représentations sociales relevées dans la littérature</i>	26
<b>Chapitre 2 : Méthodes de recherche</b>	<b>30</b>
<b><i>I. Présentation du terrain de recherche : Le Dispositif de Soutien à la Parentalité</i></b>	<b>30</b>
A. Création du DSP	30
B. Équipe du DSP	31
C. Missions et objectifs du DSP	31
<b><i>II. Outils de recherche</i></b>	<b>32</b>
A. Observation	32
B. Les entretiens individuels	33

1. Entretiens individuels avec les parents	33
2. Entretiens individuels avec les professionnels	35
C. Les entretiens collectifs	36
<b>III. Limites et difficultés de la recherche</b>	<b>37</b>
<b>Chapitre 3 : L'influence des représentations sociales sur l'identité parentale</b>	<b>39</b>
<b>I. Identité parentale inexistante ou dégradée : conséquences d'un accompagnement influencé par les représentations négatives</b>	<b>39</b>
A. Entrave au projet de parentalité	39
B. Une parentalité surveillée	43
C. Parents en quête d'identité parentale	46
<b>II. Un nouvel accompagnement pour favoriser l'identité parentale</b>	<b>48</b>
A. Le placement bénéfique	48
B. Garde de l'enfant : sentiment de responsabilité parentale	51
<b>Conclusion</b>	<b>55</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>57</b>
<b>Sitographie</b>	<b>62</b>
<b>Annexes</b>	<b>63</b>
Annexe 1 : Guide d'entretien individuel - Parents -	63
Annexe 2 : Guide d'entretien individuel - Professionnels du DSP -	65
Annexe 3 : Guide entretien collectif	66
Annexe 4 : Exemple de retranscription d'entretien avec un parents	67
Annexe 5 : Exemple de retranscription d'entretien collectif	70
Annexe 6 : Grille d'analyse croisée des données qualitatives (entretiens avec les parents)	78
<b>Table des sigles ou acronymes</b>	<b>81</b>
<b>Résumé</b>	<b>85</b>



## **Résumé**

Le nombre de naissances d'enfants nés de parents en situation de handicap ne cessent d'augmenter. Et celles-ci deviennent de plus en plus visibles du fait de la surveillance exercée par l'État sur toutes les familles modernes, où la réussite parentale est primordiale parce que l'enfant est au centre des préoccupations. Cependant, l'enfant né de parents en situation de handicap inquiète davantage à cause des représentations sociales négatives qui pèsent sur ces personnes. Elles sont jugées comme dangereuses, irresponsables et ayant un comportement infantile, donc incapable de prendre soin de l'enfant. Ce travail tente de mettre en lumière les effets sur l'identité parentale des accompagnements influencés par les représentations sociales. Au moyen d'entretien avec des parents ainsi que de professionnels du milieu institutionnel du médico-social et d'observation du fonctionnement d'un dispositif de soutien à la parentalité rattaché à un foyer d'hébergement, nous observons que l'identité parentale peut se trouver dégradé par les représentations sociales et la stigmatisation qui en découle. Cependant, cette identité peut aussi être favorisée par un accompagnement porté par des personnes se détachant des représentations sociales négatives, même quand le parent n'a plus la garde de son enfant. Ainsi, la construction d'une bonne identité parentale permet l'acquisition de reconnaissance sociale et ainsi une inclusion dans la norme.

**Mots clés** : Personnes en situation de handicap - Parentalité - Représentations sociales - Stigmatisation - Accompagnement - Identité parentale

## **Abstract**

The number of children born to parents with disabilities is increasing. And these are becoming more and more visible because of the state's surveillance of all modern families, where successful parenting is paramount because the child is the focus. However, the child born to parents with disabilities is more worrying because of the negative social representations that weigh on these people. They are seen as dangerous, irresponsible and childish, and therefore unable to care for the child. This work attempts to shed light on the effects on parental identity of support influenced by social representations. By means of interviews with parents and professionals from the medico-social institutional environment and observation of the functioning of a parenting support system attached to a residential home, we observe that parental identity can be degraded by social representations and the resulting stigmatisation. However, this identity can also be fostered by support provided by people who detach themselves from negative social representations, even when the parent no longer has custody of the child. Therefore, the construction of a good parental identity allows the acquisition of social recognition and thus inclusion in the norm.

**Keywords** : People with disabilities - Parenthood - Social representations - Stigmatisation - Support - Parental identity